

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

РОССИЙСКОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

Российское научное медицинское общество терапевтов / Евразийская Ассоциация Терапевтов / Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний / Ассоциация анестезиологов-реаниматологов / Научное общество гастроэнтерологов России / Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского/ Российское общество психиатров / Российское общество фтизиатров / Геронтологическое общество при Российской академии наук / Национальная ассоциация специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии / Общество доказательной неврологии / Общество онкогематологов / Российское общество по Эндоурологии и Новым Технологиям / Российское научное Общество Интервенционных кардиологов / Секция РНМОТ «Приверженность лечению»

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

РОССИЙСКОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

Сетевое научное издание

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского / НИИ педиатрии ЦКБ РАН / ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора / ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России / ФГАОУ ВО НИУ БелГУ / ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России / ФГАОУ ВО РУДН / ФГБНУ Научный центр неврологии / ФГБНУ НИИ КПССЗ / ФГБНУ Томский НИМЦ РАН / ФГБНУ ФНКЦ РР / ФГБНУ НЦПЗРЧ / ФГБНУ РНЦХ им. Б.В. Петровского / ФГБОУ ВО ВГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России / ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова / ФГБОУ ВО МГУПП / ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО НИМГУ им. Н.П. Огарева / ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России / ФГБОУ ВО «РАНХиГС при Президенте Российской Федерации» / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России / ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова / ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО УГУ / ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России / ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России / ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России / ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России / ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России / ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России / ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России / ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России

Редакционный совет

д.м.н. Николаев Н.А., акад. РАН Мартынов А.И., к.м.н. Скирденко Ю.П., акад. РАН Авдеев С.Н., чл.-корр. РАН Анисимов В.Н., чл.-корр. РАН Арутюнов Г.П., акад. РАН Ашрафян Л.А., проф. Бабунашвили А.М., чл.-корр. РАН Балыкова Л.А., акад. РАН Барбараш О.Л., проф. Васильева И.А., д.м.н. Виноградов О.И., акад. РАН Гинцбург А.Л., акад. РАН Горелов А.В., акад. РАН Драпкина О.М., акад. РАН Иоселиани Д.Г., акад. РАН Карпов Р.С., чл.-корр. РАН Кобалава Ж.Д., акад. РАН Конради А.О., проф. Лазебник Л.Б., чл.-корр. РАН Ливзан М.А., акад. РАН Мазуров В.И., чл.-корр. РАН Мартов А.Г., чл.-корр. РАН Марьяндышев А.О., чл.-корр. РАН Моисеев С.В., акад. РАН Намазова-Баранова Л.С., проф. Незнанов Н.Г., проф. Омеляновский В.В., акад. РАН Петров В.И., акад. РАН Поддубная И.В., акад. РАН Полушин Ю.С., акад. РАН Попов С.В., акад. РАН Ройтберг Г.Е., проф. Ройтман Е.В., чл.-корр. РАН Румянцев С.А., чл.-корр. РАН Рычкова Л.В., чл.-корр. РАН Скворцова В.И., чл.-корр. РАН Софронов А.Г., чл.-корр. РАН Танащян М.М., акад. РАН Тахчиди Х.П., чл.-корр. РАН Ткачёва О.Н., чл.-корр. РАН Фадеев В.В., Федяева В.К., акад. РАН Хубутия М.Ш.

Рабочая группа и Комитет экспертов

акад. РАН Авдеев С.Н., Агафонова Ю.А., проф. Агеев Ф.Т., Андреев К.А., чл.-корр. РАН Анисимов В.Н., чл.-корр. РАН Арутюнов Г.П., проф. Ахмедов В.А., акад. РАН Ашрафян Л.А., к.м.н. Бабичева Л.Г., проф. Бабунашвили А.М., чл.-корр. РАН Балыкова Л.А., акад. РАН Барбараш О.Л., проф. Васильева И.А., проф. Викторова И.А., д.м.н. Виноградов О.И., проф. Волчегорский И.А., проф. Галевич А.С., к.м.н. Гаус О.В., акад. РАН Гинцбург А.Л., к.м.н. Гомберг В.Г., Горбенко А.В., акад. РАН Горелов А.В., к.м.н. Горшков А.Ю., акад. РАН Драпкина О.М., д.м.н. Ершов А.В., д.м.н. Ефремова Е.В., проф. Задонченко В.С., проф. Зайцев А.А., Захарова Т.Д., проф. Зырянов С.К., акад. РАН Иоселиани Д.Г., проф. Каневская С.С., акад. РАН Карпов Р.С., д.м.н. Кашталап В.В., чл.-корр. РАН Кобалава Ж.Д., проф. Колбасников С.В., к.п.н. Кондратьева К.О., акад. РАН Конради А.О., проф. Кореннова О.Ю., д.м.н. Корпачева О.В., проф. Лазебник Л.Б., проф. Лебедев О.И., чл.-корр. РАН Ливзан М.А., д.м.н. Лутова Н.Б., акад. РАН Мазуров В.И., проф. Малявин А.Г., проф. Мареев В.Ю., чл.-корр. РАН Мартов А.Г., акад. РАН Мартынов А.И., чл.-корр. РАН Марьяндышев А.О., акад. РАН Медведева И.В., к.м.н. Михайлова Н.Б., чл.-корр. РАН Моисеев С.В., д.м.н. Морозова О.Л., акад. РАН Намазова-Баранова Л.С., д.м.н. Напалков Д.А., проф. Недошвин А.О., проф. Незнанов Н.Г., проф. Нечаева Г.И., проф. Никифоров В.С., д.м.н. Николаев Н.А., проф. Омеляновский В.В., Орджоникидзе М.К., проф. Павлинова Е.Б., д.м.н. Пашков А.В., проф. акад. РАН Петров В.И., Писклаков А.В., акад. РАН Поддубная И.В., акад. РАН Полушин Ю.С., акад. РАН Попов С.В., проф. Ребров А.П., акад. РАН Ройтберг Г.Е., проф. Ройтман Е.В., чл.-корр. РАН Румянцев С.А., чл.-корр. РАН Рычкова Л.В., д.м.н. Савельева И.В., проф. Сайфутдинов Р.И., к.м.н. Селимзянова Л.Р., д.м.н. Семиглазова Т.Ю., чл.-корр. РАН Скворцова В.И., к.м.н. Скирденко Ю.П., проф. Совакин В.И., к.м.н. Советкина Н.В., к.м.н. Сорокин М.Ю., чл.-корр. РАН Софронов А.Г., проф. Стремоухов А.А., д.м.н. Сурков А.Н., чл.-корр. РАН Танащян М.М., акад. РАН Тахчиди Х.П., проф. Терентьев В.П., чл.-корр. РАН Ткачёва О.Н., к.м.н. Токарская Е.А., д.м.н. Тотчиев Г.Ф., Тулулов Р.В., проф. Тумян Г.С., проф. Тюрин В.П., д.м.н. Усов Г.М., д.м.н. Устинова Н.В., чл.-корр. РАН Фадеев В.В., Федорин М.М., Федяева В.К., д.м.н. Фофанова Т.В., акад. РАН Хубутия М.Ш., к.м.н. Шепель Р.Н., проф. Ягода А.В., проф. Якушин С.С.

© Коллектив авторов, 2022
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-746-6

Москва
2022

Рецензенты:

Береговых Валерий Васильевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, начальник отдела – заместитель академика-секретаря по научно-организационной работе Отделения медицинских наук Российской академии наук;

Маев Игорь Вениаминович – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Приверженность лечению. Российское национальное руководство / Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балыкова Л.А., Барбараш О.Л., Васильева И.А., Виноградов О.И., Гинцбург А.Л., Горелов А.В., Драпкина О.М., Иоселиани Д.Г., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Лазебник Л.Б., Ливзан М.А., Мазуров В.И., Мартов А.Г., Марьяндышев А.О., Моисеев С.В., Намазова-Баранова Л.С., Незнанов Н.Г., Омельяновский В.В., Петров В.И., Поддубная И.В., Полушин Ю.С., Попов С.В., Ройтберг Г.Е., Ройтман Е.В., Румянцев С.А., Рычкова Л.В., Скворцова В.И., Софронов А.Г., Танащян М.М., Тахчиди Х.П., Ткачёва О.Н., Фадеев В.В., Хубутия М.Ш., Агафонова Ю.А., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Ахмедов В.А., Бабичева Л.Г., Викторова И.А., Волчегорский И.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г., Горбенко А.В., Горшков А.Ю., Ершов А.В., Ефремова Е.В., Задионченко В.С., Зайцев А.А., Захарова Т.Д., Зырянов С.К., Каневская С.С., Кашталап В.В., Колбасников С.В., Кондратьева К.О., Кореннова О.Ю., Корпачева О.В., Лебедев О.И., Лутова Н.Б., Маливин А.Г., Мареев В.Ю., Медведева И.В., Михайлова Н.Б., Морозова О.Л., Напалков Д.А., Недошивин А.О., Нечаева Г.И., Никифоров В.С., Орджоникидзе М.К., Павлинова Е.Б., Пашков А.В., Писклаков А.В., Ребров А.П., Савельева И.В., Сайфутдинов Р.И., Селимзянова Л.Р., Семиглазова Т.Ю., Совалкин В.И., Советкина Н.В., Сорокин М.Ю., Стремоухов А.А., Сурков А.Н., Терентьев В.П., Токарская Е.А., Тотчиев Г.Ф., Тулупов Р.В., Тумян Г.С., Тюрин В.П., Усов Г.М., Устинова Н.В., Федорин М.М., Федяева В.К., Фофанова Т.В., Шепель Р.Н., Ягода А.В., Якушин С.С. / Под общей ред. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. – 224 с., ил.

ISBN 978-5-91327-746-6**DOI 10.17513/np.541**

В руководстве, основываясь на принципах доказательной медицины, обобщен отечественный и мировой опыт изучения и контроля приверженности лечению. Представлена информация о результатах крупнейших российских исследований последних лет в области приверженности лечению в ведущих отраслях медицины. Приведены характеристики основных показателей приверженности, инструменты количественной оценки приверженности лечению, модели поведения пациентов в зависимости от уровня приверженности, прогнозы эффективности вмешательств в зависимости от уровня приверженности, а также выбор врачебных стратегий в зависимости от прогнозируемой эффективности вмешательств. Сформированы шаблоны рекомендаций для пациентов с различным уровнем приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни.

Для практических врачей, клинических фармакологов, руководителей медицинских организаций, организаторов здравоохранения, научных работников, студентов, ординаторов, аспирантов, докторантов, клинических исследователей.

Российское национальное руководство «Приверженность лечению» отражает официальную позицию профессиональных общественных объединений, одобривших настоящее издание, и выражает коллективное мнение (консенсус) всех авторов – членов Редакционного совета, Рабочей группы и Комитета экспертов. Руководство подлежит периодическому обновлению.

Подготовка Руководства осуществлена в рамках выполнения государственного задания Министерства здравоохранения Российской Федерации № 05600031–21 (64.3–2021) «Внедрение технологии пациентоориентированного лечения больных хроническими неинфекционными заболеваниями на основе управления приверженностью». Авторы Руководства (члены Редакционного совета, Рабочей группы и Комитета экспертов) подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов. В случае сообщения о наличии конфликта интересов, член(ы) Редакционного совета, Рабочей группы и Комитета экспертов был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

Редакторы научного перевода на английский язык: Андреев К.А., проф. Ахмедов В.А., д.м.н. Напалков Д.А., проф. Ройтман Е.В., Тулупов Р.В., д.м.н. Усов Г.М.

ISBN 978-5-91327-746-6

© Коллектив авторов., 2022

© ИД «Академия Естествознания»

© АНО «Академия Естествознания»

Russian Scientific Medical Society of Therapists / Eurasian Association of Therapists / Russian Society for the Prevention of Non-Communicable Diseases / Association of Anesthesiologists-Resuscitators / Scientific Society of Gastroenterologists of Russia / National Association of Specialists in Infectious Diseases named after Academician V.I. Pokrovsky/ Russian Society of Psychiatrists / Russian Society of Phthisiologists / Gerontological Society under the Russian Academy of Sciences / National Association of Specialists in Thrombosis, Clinical Hemostasiology and Hemorrhology / Society of Evidence-Based Neurology / Society of Oncohematologists / Russian Society for Endourology and New Technologies / Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists / RNMOT Section «Adherence to Treatment»

ADHERENCE TO TREATMENT

RUSSIAN NATIONAL GUIDELINES

Online scientific publication

Sklifosovsky Institute / FBIS CRIE / FSAEI HE I.V. Sechenov First MSMU MOH Russia (Sechenovskiy University) / Belgorod State National Research University / Pirogov Medical University / RUDN University / Scientific Center of Neurology / Tomsk NRMС / Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology / FSBI named after B.V. Petrovsky / Scientific Centre For Family Health and Human Reproduction Problems / FSBEI HE Kazan SMU MOH Russia / FSBEI HE A.I. Yevdokimov MSMU MOH Russia / FSBEI HE VSMU MOH Russia / Lomonosov Moscow State University, Lomonosov MSU / Moscow State University of Food Production / FSBEI HE OmSMU MOH Russia / FSBEI HE OrSMU MOH Russia / N.P. Ogarev Mordovian State University / FSBEI HE I.P. Pavlov SpbSMU MOH Russia / FSBEI HE RostSMU MOH Russia / FSBEI HE RyazSMU MOH Russia / FSBEI HE V.I. Razumovsky Saratov SMU MOH Russia / North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov / FSBEI HE SibSMU MOH Russia / FSBEI HE StSMU MOH Russia / FSBEI HE Tver SMU MOH Russia / FSBEI HE SUSMU MOH Russia / Ulyanovsk State University / FSBEI FPE RMACPE MOH Russia / N.F. Gamaleya FRCEM / Pirogov National Medical and Surgical Center / Research Institute of Pediatrics and Child Health RAS / V.A. Almazov NMRC / E.I. Chazov NMRCC / N.N. Blokhin NMRCO / N.N. Petrov NMRCO / Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology” of the Russian Federation Ministry of Health / FSBI SIC AGIP named after V.I. Kulakov / National Research Center for Preventive Medicine / Federal State Institution «National Medical Research Center of Tuberculosis and Infectious Diseases» of the Ministry of Health / Federal State Budgetary Institutional “Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology” of the Ministry of Health of the Russian Federation / Main Military Clinical Hospital named after N.N. Burdenko

Editorial Board

Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P., Avdeev S.N., Anisimov V.N., Arutyunov G.P., Ashrafyan L.A., Babunashvili A.M., Balykova L.A., Barbarash O.L., Vasil'eva I.A., Vinogradov O.I., Gincburg A.L., Gorelov A.V., Drapkina O.M., Ioseliani D.G., Karpov R.S., Kobalava ZH.D., Konradi A.O., Lazebnik L.B., Livzan M.A., Mazurov V.I., Martov A.G., Mar'yandyshev A.O., Moiseev S.V., Namazova-Baranova L.S., Neznanov N.G., Omel'yanovskij V.V., Petrov V.I., Poddubnaya I.V., Polushin YU.S., Popov S.V., Rojtberg G.E., Rojtman E.V., Rummyancev S.A., Rychkova L.V., Skvorcova V.I., Sofronov A.G., Tanashyan M.M., Tahchidi H.P., Tkachyova O.N., Fadeev V.V., Fedyeva V.K., Hubutiya M.SH.

Working Group and Committee of Experts

Avdeev S.N., Agafonova YU.A., Ageev F.T., Andreev K.A., Anisimov V.N., Arutyunov G.P., Ahmedov V.A., Ashrafyan L.A., Babicheva L.G., Babunashvili A.M., Balykova L.A., Barbarash O.L., Vasil'eva I.A., Viktorova I.A., Vinogradov O.I., Volchegorskij I.A., Galyavich A.S., Gaus O.V., Gincburg A.L., Gomberg V.G., Gorbenko A.V., Gorelov A.V., Gorshkov A.YU., Drapkina O.M., Ershov A.V., Efremova E.V., Zadionchenko V.S., Zajcev A.A., Zaharova T.D., Zyryanov S.K., Ioseliani D.G., Kanevskaya S.S., Karpov R.S., Kashtalap V.V., Kobalava ZH.D., Kolbasnikov S.V., Kondrat'eva K.O., Konradi A.O., Korennova O.YU., Korpacheva O.V., Lazebnik L.B., Lebedev O.I., Livzan M.A., Lutova N.B., Mazurov V.I., Malyavin A.G., Mareev V.YU., Martov A.G., Martynov A.I., Mar'yandyshev A.O., Medvedeva I.V., Mihajlova N.B., Moiseev S.V., Morozova O.L., Namazova-Baranova L.S., Napalkov D.A., Nedoshivin A.O., Neznanov N.G., Nechaeva G.I., Nikiforov V.S., Nikolaev N.A., Omel'yanovskij V.V., Ordzhonikidze M.K., Pavlinova E.B., Pashkov A.V., Petrov V.I., Pisklakov A.V., Poddubnaya I.V., Polushin YU.S., Popov S.V., Rebrov A.P., Rojtberg G.E., Rojtman E.V., Rummyancev S.A., Rychkova L.V., Savel'eva I.V., Sajfutdinov R.I., Selimzyanova L.R., Semiglazova T.YU., Skvorcova V.I., Skirdenko YU.P., Sovalkin V.I., Sovetkina N.V., Sorokin M.YU., Sofronov A.G., Stremouhov A.A., Surkov A.N., Tanashyan M.M., Tahchidi H.P., Terent'ev V.P., Tkachyova O.N., Tokarskaya E.A., Totchiev G.F., Tulupov R.V., Tummyan G.S., Tyurin V.P., Usov G.M., Ustinova N.V., Fadeev V.V., Fedorin M.M., Fedyeva V.K., Fofanova T.V., Hubutiya M.SH., SHepel' R.N., YAgora A.V., YAKushin S.S.

© Коллектив авторов., 2022
© ИД «Академия Естественных Наук»
© АНО «Академия Естественных Наук»
ISBN 978-5-91327-746-6

Moscow
2022

Reviewers:

Beregovykh Valery Vasilyevich – Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department – Deputy Academician-Secretary for Scientific and Organizational Work of the Department of Medical Sciences of the Russian Academy of Sciences;

Mayev Igor Veniaminovich – Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector for Academic Affairs, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases and Gastroenterology of the Faculty of Medicine of the Moscow State Medical and Dental University named after A. I. Evdokimov of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Adherence to treatment. Russian National Guidelines / Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P., Avdeev V.N., Anisimov V.N., Arutyunov G.P., Ashrafyan L.A., Babunashvili A.M., Balykova L.A., Barbarash O.L., Vasil'eva I.A., Vinogradov O.I., Gincburg A.L., Gorelov A.V., Drapkina O.M., Ioseliani D.G., Karpov R.S., Kobalava ZH.D., Konradi A.O., Lazebnik L.B., Livzan M.A., Mazurov V.I., Martov A.G., Mar'yandyshchev A.O., Moiseev S.V., Neznakov N.G., Omel'yanovskij V.V., Petrov V.I., Poddubnaya I.V., Polushin YU.S., Popov S.V., Rojtberg G.E., Rojtman E.V., Rumyanchev S.A., Rychkova L.V., Skvorcova V.I., Sofronov A.G., Tanashyan M.M., Tahchidi H.P., Tkachyova O.N., Fadeev V.V., Hubutiya M.SH., Agafonova YU.A., Ageev F.T., Andreev K.A., Ahmedov V.A., Babicheva L.G., Viktorova I.A., Volchegorskij I.A., Galyavich A.S., Gaus O.V., Gomberg V.G., Gorbenko A.V., Gorshkov A.YU., Ershov A.V., Efreanova E.V., Zadionchenko V.S., Zajcev A.A., Zaharova T.D., Zyryanov S.K., Kanevskaya S.S., Kashtalov V.V., Kolbasnikov S.V., Kondrat'eva K.O., Korenova O.YU., Korpacheva O.V., Lebedev O.I., Lutova N.B., Malyavin A.G., Mareev V.YU., Medvedeva I.V., Mihajlova N.B., Morozova O.L., Napalkov D.A., Nedoshivin A.O., Nechaeva G.I., Nikiforov V.S., Ordzhonikidze M.K., Pavlinova E.B., Pashkov A.V., Pisklakov A.V., Rebrov A.P., Savel'eva I.V., Sajfutdinov R.I., Selimzyanova L.R., Semiglazova T.YU., Sovalkin V.I., Sovetkina N.V., Sorokin M.YU., Stremouhov A.A., Surkov A.N., Terent'ev V.P., Tokarskaya E.A., Totchiev G.F., Tulupov R.V., Tumyan G.S., Tyurin V.P., Usov G.M., Ustinova N.V., Fedorin M.M., Fedyanova V.K., Fofanova T.V., SHepel' R.N., YAgoda A.V., YAkushin S.S. \ Under the general ed Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P. – Moscow: Publishing House of the Academy of Natural Sciences, 2022. – 224 p., ill.

ISBN 978-5-91327-746-6

DOI 10.17513/np.541

The manual, based on the principles of evidence-based medicine, summarizes the domestic and international experience of studying and monitoring adherence to treatment. The information on the results of the largest domestic studies of recent years in the field of treatment adherence in the leading branches of medicine is presented. The characteristics of the main indicators of adherence, tools for quantifying adherence to treatment, models of patient behavior depending on the level of adherence, forecasts of the effectiveness of interventions depending on the level of adherence and the choice of medical strategies depending on the predicted effectiveness of interventions are given. Templates of recommendations have been formed for patients with different levels of adherence to drug therapy, medical support and lifestyle modification.

For practitioners, clinical pharmacologists, heads of medical organizations, health care organizers, researchers, students, postgraduates, doctoral students, clinical researchers.

The Russian national guide “Adherence to Treatment” reflects the official position of professional public associations that have approved this publication and expresses the collective opinion (consensus) of all authors – members of the Editorial Board, the Working Group and the Committee of Experts. The manual is subject to periodic updates.

The preparation of the Manual was carried out within the framework of the state task of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 05600031-21 (64.3-2021) “Introduction of technology for patient-oriented treatment of patients with chronic non-communicable diseases based on commitment management”. The authors of the Guide (members of the Editorial Board, the Working Group and the Committee of Experts) confirmed the absence of financial support /conflict of interest. If a conflict of interest is reported, a member(s) of the Editorial Board, the Working Group and the Committee of Experts has been excluded from the discussion of sections related to the area of conflict of interest.

Editors of scientific translation into English: Andreev K.A., Akhmedov VA, Napalkov D.A., Roitman E.V., Tulupov R.V., Usov G.M.

ISBN 978-5-91327-746-6

© Коллектив авторов., 2022

© ИД «Академия Естественных наук»

© АНО «Академия Естественных наук»



ОТ ИМЕНИ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОМИТЕТА ЭКСПЕРТОВ

Уважаемый читатель!

Перед Вами – первое междисциплинарное российское национальное Руководство, посвященное количественной оценке приверженности лечению и основам управления лечением с учетом приверженности.

Большинство накопленных знаний о приверженности было представлено Всемирной организацией здравоохранения в фундаментальном труде «Adherence to long-term therapies: evidence for action» в 2003 году. С тех пор столь масштабных международных исследований и публикаций более не было, в то время как общество и мировая наука за прошедшие 20 лет шагнули далеко вперед.

Сегодня мы понимаем, что прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть эффективными, если уровень приверженности не используются для обоснования планирования и оценки таких вмешательств. Оценка приверженности позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных лекарственных препаратов, что особенно важно в условиях существующей ограниченности ресурсов.

При этом исследователи приверженности еще весьма ограничены в выборе инструментария и методологического сопровождения. До настоящего времени отсутствовали рекомендации, консенсусы и руководства наднационального уровня.

В изучении приверженности необходим междисциплинарный подход. Для разработки эффективных мер лечения на основе индивидуально оцениваемой и контролируемой приверженности необходимо создание междисциплинарных групп с тесным сотрудничеством между различными специалистами. Такими группами может быть обеспечен эффективный вклад как в создание междисциплинарных и специальных рекомендаций, так и в разработку алгоритмов и систем поддержки принятия решений. Попыткой решить эти проблемы в России является создание настоящего Руководства.

В 2019 г. на XIV Национальном конгрессе терапевтов были утверждены первые Российские рекомендации по приверженности лечению. В 2020 г. на их основе был разработан и опубликован междисциплинарный согласительный документ «Управление лечением на основе приверженности», в работе над которым объединились более 30 специалистов и семь российских научных обществ. Сегодня в рабочую группу Руководства входит уже более 100 специалистов, деятельность которых поддерживается четырнадцатью национальными медицинскими и научными ассоциациями России.

При этом мы понимаем, что в столь обширной и малоизученной теме, как приверженность лечению, как нигде необходимы междисциплинарное сотрудничество и мультидисциплинарный подход. Поэтому рабочая группа постоянно открыта для включения новых экспертов и профессиональных организаций. Мы будем благодарны коллегам за все замечания, дополнения и предложения. И надеемся, что это издание позволит поднять на более высокий уровень проблемы изучения приверженности и использовать полученные сведения в клинической практике.

*Руководитель Рабочей группы, руководитель секции РНМОТ «Приверженность лечению»,
доктор медицинских наук, доцент*

Николай Анатольевич НИКОЛАЕВ
(e-mail: niknik.67@mail.ru; med@omsk-osma.ru)

*Председатель Комитета экспертов, Президент РНМОТ,
академик РАН, доктор медицинских наук, профессор*
Анатолий Иванович МАРТЫНОВ



ON BEHALF OF THE WORKING GROUP AND THE COMMITTEE OF EXPERTS

Dear reader!

We would like to present the first interdisciplinary Russian national guide dedicated to quantifying treatment adherence and the basics of treatment management based on adherence.

Most of the knowledge about adherence have been analyzed and presented by the World Health Organization in the fundamental work “Adherence to long-term therapies: evidence for action” in 2003. Since then, there have been no more such large-scale international studies and world publications, while society and world science have stepped far forward over the past 20 years.

Today we understand that predictions about the results and outcomes of treatment cannot be effective if the level of adherence is not used to justify the planning and evaluation of such interventions. Assessment of adherence avoids a large number of expensive examinations and procedures (including interventional treatment), as well as the appointment of unnecessary medications, which is especially important in the conditions of existing limited resources.

At the same time, researchers are still very limited in the choice of tools and methodological support. To date, there are no recommendations, consensuses and guidelines at the supranational level.

An interdisciplinary approach is needed in the study of adherence. To develop effective treatment measures based on individually assessed and controlled adherence, it is necessary to create interdisciplinary groups with close cooperation between various specialists. Such groups can provide an effective contribution both to the creation of interdisciplinary and special recommendations, and to the development of algorithms and decision support systems. An attempt to solve these problems in Russia is the creation of this manual.

In 2019, the XIV National Congress of Therapists approved the first Russian recommendations on treatment adherence. In 2020, on their basis, an interdisciplinary consensus document “Treatment management based on adherence” was developed and published, which brought together more than 30 specialists and seven Russian scientific societies. Today, the management working group includes more than 100 specialists whose activities are supported by 14 national medical and scientific associations of Russia.

At the same time, we understand that in such a vast and little-studied topic as adherence to treatment, interdisciplinary cooperation and a multidisciplinary approach are needed more than anywhere else. Therefore, the working group is constantly open to the inclusion of new experts and professional organizations. We will be grateful to our colleagues for all comments, additions and suggestions. And we hope that this publication will allow us to raise the problems of studying adherence to a higher level and use the information obtained in clinical practice.

*Chairman of the Working Group, Head of the section of the RNMOT “Adherence to treatment”,
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Nikolay NIKOLAEV
(niknik.67@mail.ru; med@omsk-osma.ru)*

*Chairman of the Committee of Experts, President of RNMOT,
Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor
Anatoly MARTYNOV*

ОГЛАВЛЕНИЕ

TABLE OF CONTENTS

РАБОЧАЯ ГРУППА И КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ <i>WORKING GROUP AND COMMITTEE OF EXPERTS</i>	9
ВВЕДЕНИЕ <i>INTRODUCTION</i>	27
I. СОКРАЩЕНИЯ, УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ I. <i>ABBREVIATIONS, SYMBOLS, TERMS AND DEFINITIONS</i>	30
II. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ: КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ II. <i>TREATMENT ADHERENCE: CONSOLIDATED PROVISIONS</i>	37
III. ОБЗОР ВАЖНЕЙШИХ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ III. <i>REVIEW OF THE MOST IMPORTANT MODERN RUSSIAN STUDIES OF TREATMENT ADHERENCE</i>	56
IV. ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ IV. <i>ADHERENCE ASSESSMENT TOOLS</i>	89
V. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ V. <i>GENERAL CHARACTERISTICS OF THE MAIN INDICATORS OF ADHERENCE</i>	107
VI. УРОВНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ И МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ VI. <i>LEVELS OF ADHERENCE AND BEHAVIORAL PATTERNS OF RESPONDENTS</i>	117
VII. ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ VII. <i>PREDICTION OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS DEPENDING ON THE LEVEL OF ADHERENCE</i>	120

VIII.	УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ: ВЫБОР СТРАТЕГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
VIII.	<i>TREATMENT MANAGEMENT: CHOOSING A STRATEGY DEPENDING ON THE PROGNOSIS OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS</i>	127
IX.	СИСТЕМА ОПРОСНИКОВ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ КОП-25	
IX.	<i>THE SYSTEM OF QUESTIONNAIRES FOR QUANTITATIVE ASSESSMENT OF TREATMENT ADHERENCE</i>	131
X.	ШКАЛА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ КОМПЛАЙЕНСА	
X.	<i>COMPLIANCE QUANTIFICATION SCALE</i>	182
XI.	ШАБЛОНЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ	
XI.	<i>RECOMMENDATION TEMPLATES FOR PATIENTS</i>	198
Приложение 1.	МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ДОКУМЕНТА	
<i>Appendix 1.</i>	<i>METHODOLOGY OF DOCUMENT DEVELOPMENT</i>	217
Приложение 2.	СВЯЗАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ	
<i>Appendix 2.</i>	<i>RELATED DOCUMENTS</i>	222
Приложение 3.	КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ОПРОСНИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ	
<i>Appendix 3.</i>	<i>CLINICAL RECOMMENDATIONS, INCLUDING QUESTIONNAIRES FOR QUANTIFYING TREATMENT ADHERENCE</i>	223

РАБОЧАЯ ГРУППА И КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ

WORKING GROUP AND COMMITTEE OF EXPERTS

Авдеев Сергей Николаевич

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины, заведующий кафедрой пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), руководитель клинического отдела ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА России, главный внештатный пульмонолог Минздрава России

Avdeev Sergej Nikolaevich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Clinic of Pulmonology and Respiratory Medicine, Head of the Department of Pulmonology First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Head of the Clinical Department of the Research Institute of Pulmonology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Head Pulmonologist of the Ministry of Health of Russia

Агафонова Юлия Андреевна

специалист отдела способов оплаты медицинской помощи Управления экономики и финансирования здравоохранения ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, аспирант кафедры онкологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Agafonova Yuliya Andreevna

Specialist of the Department of payment methods for medical care of the Department of Economics and Financing of Healthcare of the Federal State Budgetary Institution "Center for Expertise and Quality Control of Medical Care" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Postgraduate student, Chair of Oncology, Faculty of Additional Professional Education, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Агеев Фаиль Таипович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России

Ageev Fail' Taipovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Outpatient Diagnostic and Treatment Technologies, Research Institute of Clinical Cardiology named after A.L. Myasnikov National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazov of the Ministry of Health of the Russian Federation

Андреев Кирилл Андреевич

ассистент кафедры госпитальной терапии, эндокринологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, ответственный секретарь СЖ «Научный вестник ОмГМУ»

Andreev Kirill Andreevich

Assistant of the Department of Hospital Therapy, Endocrinology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Executive Secretary of the "Scientific Bulletin of OmSMU"

Анисимов Владимир Николаевич

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель научного отдела канцерогенеза и онкогеронтологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, президент Геронтологического общества при Российской академии наук (ГОРАН)

Anisimov Vladimir Nikolaevich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Scientific Department of Carcinogenesis and Oncogerontology Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, President of the Gerontological Society at the Russian Academy of Sciences (GORAN)

Арутюнов Григорий Павлович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), вице-президент Российского кардиологического общества (РКО), Президент Евразийской Ассоциации Терапевтов

Ахмедов Вадим Адильевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ашрафян Лев Андреевич

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор института онкогинекологии и маммологии, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Бабичева Лали Галимовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, доцент кафедры общей терапии факультета дополнительного последиplomного образования ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Бабунашвили Автандил Михайлович

доктор медицинских наук, профессор, председатель Российского Научного Общества Интервенционных Кардиологов

Балыкова Лариса Александровна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор медицинского института, заведующий кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»

Arutyunov Grigoriy Pavlovich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University, Vice-President of the Russian Scientific Medical Society of Therapists (RSMST), Vice-President of the Russian Society of Cardiology (RCS), President of the Eurasian Association of Therapists

Ahmedov Vadim Adil'evich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Medical Rehabilitation of Additional Professional Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Ashrafyan Lev Andreevich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Oncogynecology and Mam-mology, Deputy Director of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov" Ministry of Health of Russia

Babicheva Lali Galimovna

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Oncology and Palliative Medicine. named after acad. A.I. Savitsky Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Associate Professor, Department of General Therapy, Faculty of Additional Postgraduate Education Pirogov Russian National Research Medical University

Babunashvili Avtandil Mihajlovich

Doctor of Medicine, Professor, Chairman of the Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists

Balykova Larisa Aleksandrovna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Medical Institute, Head of the Department of Pediatrics of the Ogarev National Research Mordovian State University

Барбараш Ольга Леонидовна

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Barbarash Ol'ga Leonidovna

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Federal State Budget Scientific Institution "Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases"

Васильева Ирина Анатольевна

доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, главный редактор журнала «Туберкулез и болезни легких», президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров

Vasil'eva Irina Anatol'evna

Doctor of Medicine, Professor, director of the Federal State Institution "National Medical Research Center of Tuberculosis and Infectious Diseases" of the Ministry of Health, editor-in-chief of the journal "Tuberculosis and Lung Diseases", President of the Russian Society of Phthysiologists (ROP) / Association of TB Physicians

Викторова Инна Анатольевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Viktorova Inna Anatol'evna

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Diseases and Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Виноградов Олег Иванович

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, президент Общества доказательной неврологии (ОДН)

Vinogradov Oleg Ivanovich

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Neurology with the Course of Neurosurgery at the Institute for Postgraduate Medical Education Federal State Budgetary Institution "National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, President of the Society for Evidence-Based Neurology (EBN)

Волчегорский Илья Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Volchegorskij Il'ya Anatol'evich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Pharmacology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Галявич Альберт Сарварович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского кардиологического общества (РКО)

Galyavich Al'bert Sarvarovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Cardiology of the Faculty of Advanced Training and Professional Retraining of Specialists Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kazan Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Vice President of the Russian Society of Cardiology (RSC)

Гаус Ольга Владимировна

кандидат медицинских наук, доцент, начальник управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Gaus Ol'ga Vladimirovna

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department for the Development of Regional Health and Medical Activities, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Гинцбург Александр Леонидович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, заведующий кафедрой инфектологии и вирусологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Gincburg Aleksandr Leonidovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director Federal State Budgetary Institution "Federal Research Centre for Epidemiology and Microbiology named after the honorary academician N.F. Gamaleya" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head of the Department of Infectology and Virology, Institute of Vocational Education First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

Гомберг Владимир Григорьевич

кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр»

Gomberg Vladimir Grigor'evich

Ph.D of Medical Sciences, Head of the Department of Urology, St. Petersburg GBUZ "City Geriatric Center"

Горбенко Александр Васильевич

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач специалист БУЗОО «Городская клиническая больница №11»

Gorbenko Aleksandr Vasil'evich

Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Omsk State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Specialist doctor of the hospital "City Clinical Hospital No. 11"

Горелов Александр Васильевич

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, председатель правления Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням им. академика В.И. Покровского

Gorelov Aleksandr Vasil'evich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for Research Federal Budget Institute of Science "Central Research Institute for Epidemiology", Chairman of the Board of the National Association of Infectious Diseases Specialists named after Academician V.I. Pokrovsky

Горшков Александр Юрьевич

кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной и амбулаторно-поликлинической работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Gorshkov Aleksandr YUr'evich

Ph. D of Medical Sciences, Deputy Director for scientific and outpatient work Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Драпкина Оксана Михайловна

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, главный редактор журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», главный редактор журнала «Профилактическая медицина», президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Ершов Антон Валерьевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), ведущий научный сотрудник научно-исследовательского института общей реаниматологии им. В.А. Неговского ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»

Ефремова Елена Владимировна

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Задюченко Владимир Семёнович

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Зайцев Андрей Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор, главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко», заведующий кафедрой пульмонологии (с курсом аллергологии) Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Президент Межрегиональной Ассоциации Специалистов Респираторной Медицины (МАСРМ)

Drapkina Oksana Mihajlovna

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head sspecialist in therapy and general medical practice of the Ministry of Health of Russia, editor-in-chief of the journal Cardiovascular Therapy and Prevention, editor-in-chief of the journal Preventive Medicine, president of the Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases vice-president of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

Ershov Anton Valer’evich

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Pathophysiology First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Leading Researcher of the Research Institute of General Resuscitation named after V.A. Negovsky Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology

Efremova Elena Vladimirovna

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor Department of Therapy and Occupational Diseases Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ulyanovsk State University»

Zadionchenko Vladimir Semyonovich

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Zajcev Andrej Alekseevich

Doctor of Medicine, Professor, Head pulmonologist of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Federal State Budgetary Institutional “Main Military Clinical Hospital named after academician N.N. Burdenko” of the Ministry of defense of the Russian Federation , Head of the Department of Pulmonology (with a course in Allergology) of the Medical Institute of Continuing Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Moscow State University of Food Production», President of the Interregional Association of Respiratory Medicine Specialists

Захарова Татьяна Дмитриевна

инспектор управления по региональному развитию здравоохранения и медицинской деятельности ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Zaharova Tat'yana Dmitrievna

Inspector of the Department for the Development of Regional Health and Medicine Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Omsk State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Зырянов Сергей Кенсаринович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», заместитель главного врача по терапии ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24» ДЗМ, главный редактор журнала «Качественная клиническая практика»

Zyryanov Sergej Kensarinovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of General and Clinical Pharmacology of the Medical Institute Peoples' Friendship University of Russia, Deputy head physician for therapy, City Clinical Hospital No. 24, editor-in-chief of the journal Quality Clinical Practice »

Иоселиани Давид Григорьевич

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой интервенционной кардиоангиологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Почетный директор Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии, заместитель председателя Российского Научного Общества Интервенционных Кардиологов

Ioseliani David Grigor'evich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Interventional Cardiology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Honorary Director of the Scientific and Practical Center for Interventional Cardiology, Deputy Chairman of the Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists

Каневская Светлана Сергеевна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры семейной медицины ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», медицинский директор корпорации «Medical On Group»

Kanevskaya Svetlana Sergeevna

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Family Medicine Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Belgorod State National Research University», med.d. of the «Medical On Group»

Карпов Ростислав Сергеевич

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель научно-исследовательского института кардиологии, руководитель научного направления ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Karpov Rostislav Sergeevich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, научный руководитель научно-исследовательского института кардиологии, руководитель научного направления Federal State Budgetary Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences» профессор кафедры факультетской терапии Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Siberia State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Кашталап Василий Васильевич

доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделом клинической кардиологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Kashtalap Vasilij Vasil'evich

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Cardiology of the Federal State Budget Scientific Institution «Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases»

Кобалава Жанна Давидовна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и клинической фармакологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

Колбасников Сергей Васильевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики и семейной медицины ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Кондратьева Кристина Орхановна

кандидат психологических наук, медицинский психолог, научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Конради Александра Олеговна

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе, заведующий научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, заведующий кафедрой организации управления и экономики здравоохранения Института медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, вице-президент Российского кардиологического общества (РКО)

Кореннова Ольга Юрьевна

доктор медицинских наук, профессор, главный врач БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер», профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Корпачева Ольга Валентиновна

доктор медицинских наук, профессор, проректор по научно-исследовательской работе, заведующий кафедрой патофизиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Kobalava ZHanna Davidovna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Medicine and Clinical Pharmacology, Faculty of Continuing Medical Education of Medical Institute Peoples' Friendship University of Russia, Professor of the Department of Internal Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University

Kolbasnikov Sergej Vasil'evich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Polyclinic Therapy and Family Medicine Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tver State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Kondrat'eva Kristina Orhanovna

Ph.D of Psychological Sciences, medical psychologist, researcher Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Konradi Aleksandra Olegovna

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy of General Director for Research, Head of the Research Department of Arterial Hypertension, Head of the Department of Health Management and Economics, Institute of Medical Education Federal State Budgetary Institution "V.A. Almazov National Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation editor-in-chief of the journal "Arterial hypertension", vice-president of the Russian Society of Cardiology (RSC)

Korennova Ol'ga YUr'evna

Doctor of Medicine, Professor, Head Physician of the Clinical Cardiology Dispensary, Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Professor of the Department of Internal Medicine and Family Medicine of Additional Professional Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Omsk State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Korpacheva Ol'ga Valentinovna

Doctor of Medicine, Professor Vice-Rector for Research, Head of the Department of Pathophysiology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Omsk State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Лазебник Леонид Борисович

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», президент Национального общества гастроэнтерологов России (НОГР), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Лебедев Олег Иванович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии, декан лечебного факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ливзан Мария Анатольевна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, ректор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Лутова Наталия Борисовна

доктор медицинских наук, руководитель института клинической психиатрии, отделения интегративно фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Мазуров Вадим Иванович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный научный консультант, директор НИИ ревматологии, заведующий кафедрой терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Малявин Андрей Георгиевич

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии, директор клиники ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, генеральный секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Lazebnik Leonid Borisovich

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, главный editor of the journal "Experimental and Clinical Gastroenterology", President of the National Society of Gastroenterologists of Russia, Vice-President of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

Lebedev Oleg Ivanovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Ophthalmology, Dean of the Medical Faculty Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Livzan Mariya Anatol'evna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Rector, Head of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Lutova Nataliya Borisovna

Doctor of Medicine Head of the Institute of Clinical Psychiatry, Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health

Mazurov Vadim Ivanovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Chief Scientific Consultant, Director of the Research Institute of Rheumatology, Head of the Department of Therapy, Rheumatology, Examination of Temporary Disability and Quality of Medical Care named after E.E. Eichwald Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation

Malyavin Andrej Georgievich

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Phthisiology and Pulmonology, Clinic Director Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, General Secretary of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

Мареев Вячеслав Юрьевич

доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра, профессор кафедры терапии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

Мартов Алексей Георгиевич

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, ведущий научный сотрудник Медицинского исследовательского центра ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, президент Российского общества по Эндоурологии и Новым Технологиям (РОЭНТ), заместитель председателя Российского общества урологов (РОУ)

Мартынов Анатолий Иванович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Терапия», президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Марьяндышев Андрей Олегович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров

Михайлова Наталия Борисовна

кандидат медицинских наук, доцент, руководитель отдела клинической онкологии клиники «НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой», доцент кафедры гематологии, трансфузиологии, трансплантологии с курсом детской онкологии факультета последипломного образования им. проф. Б.В. Афанасьева ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Mareev Vyacheslav YUr'evich

Doctor of Medicine, Professor, Head Researcher, Medical Research and Education Center, Professor, Department of Therapy, Faculty of Fundamental Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University

Martov Aleksej Georgievich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Urology and Andrology of the Federal State Medical Center named after A.I. Burnazyan, FMBA of Russia, Leading Researcher of the Medical Research Center of the Lomonosov Moscow State University, Head of the Department of Urology of the D.D. Pletnev State Medical Center, President of the Russian Society for Endourology and New Technologies Deputy Chairman of the Russian Society of Urologists (RSU)

Martynov Anatolij Ivanovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Hospital Therapy No. 1 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, editor-in-chief of the journal "Therapy", president of the Russian Scientific Medical Society of Therapists

Mar'yandyshhev Andrej Olegovich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Oncology, Hematology and Radiation Therapy, Faculty of Pediatrics Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Northern State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Vice-President of the Russian Society of Phthisiologists (RSF) / Association of Phthisiologists

Mihajlova Nataliya Borisovna

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Oncology of the Clinic «Research Institute of Pediatric Oncology, Hematology and Transplantology named after R.M. Gorbacheva, Associate Professor of the Department of Hematology, Transfusiology, Transplantology with the Course of Pediatric Oncology, Faculty of Postgraduate Education. named after prof. B.V. Afanasiev «Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Моисеев Сергей Валентинович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних, профессиональных болезней и ревматологии, директор клиники ревматологии, нефрологии и профпатологии им. М.Е. Тареева ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры внутренних болезней факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», главный редактор журнала «Клиническая фармакология и терапия»

Морозова Ольга Леонидовна

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, заведующий кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, Президент Союза педиатров России

Напалков Дмитрий Александрович

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии №1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Недошивин Александр Олегович

доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, генеральный секретарь РКО

Moiseev Sergej Valentinovich

Corresponding member of RAS, Head of the Department of Internal, Occupational Diseases and Rheumatology, Director of the Clinic of Rheumatology, Nephrology and Occupational Pathology named after M.E. Tareeva First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Fundamental Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University, Editor-in-Chief of the Journal of Clinical Pharmacology and Therapy

Morozova Ol'ga Leonidovna

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Pathophysiology First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

Namazova-Baranova Lejla Sejmurovna

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Faculty Pediatrics Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University, Head of the Research Institute of Pediatrics and Child Health of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia, Chief Freelance Children's Specialist in Preventive Medicine of the Ministry of Health of Russia, President of the Union of Pediatricians of Russia

Napalkov Dmitrij Aleksandrovich

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Therapy No. 1 First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

Nedoshivin Aleksandr Olegovich

Doctor of Medicine, Professor, Scientific Secretary Federal State Budgetary Institution "V.A. Almazov National Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation, general secretary of RCO

Незнанов Николай Григорьевич

доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздрава, Президент Российского общества психиатров

Нечаева Галина Ивановна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Никифоров Виктор Сергеевич

доктор медицинских наук, профессор, декан медико-биологического факультета, профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Николаев Николай Анатольевич

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, руководитель Проектного офиса ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель секции «Приверженность лечению» РНМОТ

Омельяновский Виталий Владимирович

доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, директор Центра по оценке технологий в здравоохранении ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», директор Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт Министерства финансов Российской Федерации», председатель правления АНО «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении»

Neznanov Nikolaj Grigor'evich

Doctor of Medicine, Professor, Director Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health, Head of the Department of Psychiatry and Narcology «Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head expert in psychiatry of Roszdrav, President of the Russian Society of Psychiatrists

Nechaeva Galina Ivanovna

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Internal Medicine and Family Medicine of Additional Professional Education Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Nikiforov Viktor Sergeevich

Doctor of Medicine, Professor, Dean of the Faculty of Medicine and Biology, Professor of the Department of Functional Diagnostics North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Nikolaev Nikolaj Anatol'evich

Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Head of the Project Office Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chairman of the section "Adherence to treatment" Russian Scientific Medical Society of Therapists

Omel'yanovskij Vitalij Vladimirovich

Doctor of Medicine, Professor, Director General of the Federal State Budgetary Institution "Center for Expertise and Quality Control of Medical Care" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Director of the Center for Technology Assessment in Healthcare of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Director of the Center for Healthcare Finance of the Federal State Budgetary Institution "Research Financial Institute of the Ministry of Finance of the Russian Federation", Chairman of the Board of the ANO "National center for technology assessment in healthcare"

Орджоникидзе Мария Константиновна

заместитель руководителя по национальным проектам в области микробиологии ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Павлинова Елена Борисовна

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии с курсом ДПО, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Пашков Александр Владимирович

доктор медицинских наук, заведующий отделом оториноларингологии и сурдологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России

Петров Владимир Иванович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент, заведующий кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист клинический фармаколог Минздрава России

Писклаков Андрей Валерьевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, репродуктивной медицины детского возраста ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Поддубная Ирина Владимировна

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе и международному сотрудничеству, заведующий кафедрой онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, главный редактор журнала «Современная онкология», председатель Российского общества онкогематологов (РОО)

Ordzhonikidze Mariya Konstantinovna

Deputy Head for National Projects in the Field of Microbiology Federal State Budgetary Institution «Federal Research Centre for Epidemiology and Microbiology named after the honorary academician N.F. Gamaleya» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Pavlinova Elena Borisovna

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Hospital Pediatrics with a Course of Additional Professional Education, Vice-Rector for Academic Affairs Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Pashkov Aleksandr Vladimirovich

Doctor of Medicine, Head of the Department of Otorhinolaryngology and Surdology of the Research Institute of Pediatrics and Child Health NCC No. 2 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia

Petrov Vladimir Ivanovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, President, Head of the Department of Clinical Pharmacology and Intensive Care of the Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Freelance Specialist Clinical Pharmacologist of the Ministry of Health of the Russian Federation

Pisklakov Andrej Valer'evich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Pediatric Reproductive Medicine Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Omsk State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Poddubnaya Irina Vladimirovna

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Vice-Rector for Medical Work and International Cooperation, Head of the Department of Oncology and Palliative Medicine named after acad. A.I. Savitsky Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Editor-in-Chief of the journal “Modern Oncology”, Chairman of the Russian Society of Oncohematologists (RSO)

Полушин Юрий Сергеевич

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе, руководитель научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов (ААР)

Попов Сергей Валентинович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор научно-исследовательского института кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН»

Ребров Андрей Петрович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Ройтберг Григорий Ефимович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,

Ройтман Евгений Витальевич

доктор биологических наук, профессор, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий лабораторией физиологии и патологии гемостаза ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» Минздрава России, президент Национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии

Румянцев Сергей Александрович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Polushin YUrij Sergeevich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Vice-Rector for Research, Head of the Scientific and Clinical Center for Anesthesiology and Resuscitation, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, President of the Association of Anesthesiologists-Resuscitators (AAR)

Popov Sergej Valentinovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Research Institute of Cardiology Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences”

Rebrov Andrej Petrovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy, Medical Faculty Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “V.I. Razumovsky Saratov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Rojtberg Grigorij Efimovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Therapy, General Medical Practice and Nuclear Medicine Pirogov Russian National Research Medical University

Rojtman Evgenij Vital'evich

Doctor of biology, Professor, Professor of the Department of Oncology, Hematology and Radiation Therapy, Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University, Head of the Laboratory of Physiology and Pathology of Hemostasis Federal State Budgetary Institutional “Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, President of the National Association of Specialists in Thrombosis, Clinical Hemostasiology and Hemorheology

Rumyanцев Sergej Aleksandrovich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Oncology, Hematology and Radiation Therapy, Faculty of Pediatrics Pirogov Russian National Research Medical University

Рычкова Любовь Владимировна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья и репродукции человека» Минздрава России

Савельева Ирина Вячеславовна

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Сайфутдинов Рустам Ильхамович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Селимзянова Лилия Робертовна

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отдела стандартизации и изучения основ доказательной медицины, врач-пульмонолог НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России

Семиглазова Татьяна Юрьевна

доктор медицинских наук, доцент, заведующий научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, врач-онколог клинично-диагностического отделения, профессор отделения аспирантуры и ординатуры ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Скворцова Вероника Игоревна

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

Rychkova Lyubov' Vladimirovna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of Federal State Public Scientific Institution «Scientific Centre For Family Health And Human Reproduction Problems»

Savel'eva Irina Vyacheslavovna

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Sajfutdinov Rustam Il'hamovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Faculty Therapy and Endocrinology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Orenburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Selimzyanova Liliya Robertovna

Ph.D of Medical Sciences, Leading researcher of the Department of Standardization and Study of the Fundamentals of Evidence-based Medicine, a pulmonologist at the Research Institute of Pediatrics and Child Health NCC No. 2 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia

Semiglazova Tat'yana YUr'evna

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, Oncologist of the Clinical Diagnostic Department, Professor of the Postgraduate and Residency Department Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Professor of the Department of Oncology North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Skvorcova Veronika Igorevna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Federal Medical and Biological Agency, Editor-in-chief of the journal "Medicine of Extreme Situations", Editor-in-chief of the Russian edition of the international journal Stroke, Deputy Editor-in-Chief of the Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov, Honorary President of the National Stroke Association (NSA), Honored Scientist of the Russian Federation

Скирденко Юлия Петровна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, младший научный сотрудник ЦНИЛ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Skirdenko Yuliya Petrovna

Ph.D of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Junior Researcher of the Central Scientific Research Laboratory Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Omsk State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Советкина Наталья Валентиновна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «ГПЦ»

Sovetkina Natal'ya Valentinovna

Ph.D of Medical Sciences, assistant of the department of geriatrics, propaedeutics and nursing management North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Deputy od Head Physician for Medical Affairs, St. Petersburg City Geriatric Center

Сорокин Михаил Юрьевич

кандидат медицинских наук, ученый секретарь, научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Sorokin Mihail YUr'evich

Ph. D of Medical Sciences, Scientific Secretary, Researcher at the Department of Integrative Pharmacology-Psychotherapy of Patients with Mental Disorders Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry And Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health

Софронов Александр Генрихович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный врач СПб ГКУЗ «ГПБ №3 имени И.И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Sofronov Aleksandr Genrihovich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Chief Physician of St. Petersburg State Healthcare Institution "City Psychiatric Hospital No. 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov", Head of the Department of Psychiatry North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Стремоухов Анатолий Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, директор института методологии профессионального развития, заведующий кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Stremouhov Anatolij Anatol'evich

Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Professional Development Methodology, Head of the Department of General Medical Practice and Polyclinic Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Сурков Андрей Николаевич

доктор медицинских наук, заведующий отделением гастроэнтерологии для детей, заведующий отделом научных основ детской гастроэнтерологии, гепатологии и метаболических нарушений НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Surkov Andrej Nikolaevich

Doctor of Medicine, Head of the Department of Gastroenterology for Children, Head of the Department of Scientific Foundations of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Metabolic Disorders of the Research Institute of Pediatrics and Children's Health NCC No. 2 of the RSCS named after Academician B.V. Petrovsky of the Ministry of Science of Russia, Professor of the Department of Faculty Pediatrics of the Faculty of Pediatrics of the "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" Ministry of Health of Russia

Танашян Маринэ Мовсесовна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель 1 неврологического отделения ФГБНУ «Научный центр неврологии», руководитель курса неврологии кафедры многофункциональной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

Тахчиди Христо Периклович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе, директор Научно-исследовательского центра офтальмологии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Терентьев Владимир Петрович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ткачёва Ольга Николаевна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, заведующий кафедрой болезней старения факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный гериатр Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Токарская Елизавета Александровна

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России

Тотчиев Георгий Феликсович

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии ЧУ ООВО «Московский медицинский университет «Реавиз»

Тулупов Роман Витальевич

врач-терапевт участковый БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.»

Tanashyan Marine Movsesovna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for Scientific Work, Head of the 1st Neurological Department of the Federal State Budgetary Institution "Scientific Center of Neurology", Head of the Neurology course of the Department of Multifunctional Clinical Training Faculty of Fundamental Medicine Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Lomonosov Moscow State University

Tahchidi Hristo Periklovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor-vice-rector for medical work, director of the Research Center for Ophthalmology Pirogov Russian National Research Medical University

Terent'ev Vladimir Petrovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Diseases №1 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Rostov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Tkachyova Ol'ga Nikolaevna

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Director of the Russian Gerontological Research and Clinical Center, Head of the Department of Diseases of Aging of the Faculty of Additional Professional Education of the Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Chief Freelance Geriatrician of the Ministry of Health of Russia, President of the All-Russian Public Organization "Russian Association of Gerontologists and Geriatricians"

Tokarskaya Elizaveta Aleksandrovna

Ph.D of Medical Sciences, Senior Researcher Federal State Budgetary Institution «Federal Research Centre for Epidemiology and Microbiology named after the honorary academician N.F. Gamaleya» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Totchiev Georgij Feliksovich

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics of CHUMoscow Medical University "Reaviz"

Tulupov Roman Vital'evich

district general practitioner "City Clinical Hospital No. 1 named after Kabanov A.N." cities of Omsk

Тумян Гаяне Сепуговна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заведующий отделением химиотерапии гемобластозов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Tumyan Gayane Sepugovna

Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Oncology and Palliative Medicine named after acad. A.I. Savitsky Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Head of the Department of Hemoblastosis Chemotherapy Federal State Budgetary Institution "N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Тюрин Владимир Петрович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Tyurin Vladimir Petrovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Internal Diseases of the Institute for Postgraduate Medical Education Federal State Budgetary Institution "National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Усов Григорий Михайлович

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Usov Grigorij Mihajlovich

Doctor of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Medical Psychology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Устинова Наталия Вячеславовна

доктор медицинских наук, руководитель отдела социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Ustinova Nataliya Vyacheslavovna

Doctor of Medicine, Head of the Department of Social Pediatrics and Organization of Multidisciplinary support for Children of the Research Institute of Pediatrics and Child Health NCC No. 2 of the Russian Scientific Center of Surgery named after Academician B.V. Petrovsky Ministry of Science of Russia, Chief Researcher of Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva

Фадеев Валентин Викторович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой эндокринологии, директор эндокринологической клиники ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Fadeev Valentin Viktorovich

Corresponding member of RAS, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Endocrinology, Director of the Endocrinology Clinic First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University)

Федорин Максим Михайлович

ассистент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Fedorin Maksim Mihajlovich

Assistant of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Федяева Влада Константиновна

начальник отдела методологии разработки и экспертной оценки клинических рекомендаций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России

Fedyaeva Vlada Konstantinovna

Head of the Department of Methodology for the Development and Expert Evaluation of Clinical Recommendations of the Federal State Budgetary Institution “Center for Expertise and Quality Control of Medical Care” of the Ministry of Health of the Russian Federation

Фофанова Татьяна Вениаминовна

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России

Fofanova Tat'yana Veniaminovna

Doctor of Medicine, Senior Researcher Department of Outpatient Treatment and Diagnostic Technologies of the A.L. Myasnikov Research Institute of Clinical Cardiology Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazov” of the Ministry of Health of the Russian Federation

Хубутия Могели Шалвович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Hubutiya Mogeli SHalvovich

Academician of RAS, Doctor of Medicine, Professor, the President Sklifosovsky research institute for emergency medicine, Head Specialist Transplantologist of the Moscow Department of Health

Шепель Руслан Николаевич

кандидат медицинских наук, заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

SHepel' Ruslan Nikolaevich

Ph.D of Medical Sciences, Deputy Director for Prospective Development of Medical Activities Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Ягода Александр Валентинович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

YAgoda Aleksandr Valentinovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Stavropol State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Якушин Сергей Степанович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

YAkushin Sergej Stepanovich

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy with a course of medical and social expertise Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “I.P. Pavlov Ryzan State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Понятия «приверженность лечению» в научных исследованиях и клинической практике интерпретируются врачами и исследователями весьма разнопланово, но могут быть сосредоточены в двух основных направлениях.

Первое и основное подразумевает **приверженность пациентов выполнению рекомендаций, полученных от поставщика медицинских услуг в отношении приема препаратов, получения медицинских услуг и изменения образа жизни**. Соответственно, при исследовании приверженности раздельно либо комплексно должны быть оценены вопросы приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. В тех случаях, когда это позволяют исследовательские инструменты, у пациентов также может быть оценена общая приверженность лечению, интегрирующая перечисленные характеристики. При весьма ограниченном перечне инструментов оценки приверженности, в России существуют опросники, позволяющие её выполнять.

Другой понятийной категорией является **приверженность лечению медицинских работников – как поставщиков медицинских услуг пациентам**. В этом случае могут быть оценены как приверженность самих медицинских работников соблюдению клинических рекомендаций и стандартов при оказании собственно медицинских услуг, так и их приверженность другим аспектам лечения, например, медицинскому сопровождению пациентов. Валидизированные и применимые в клинической практике инструменты оценки такой приверженности пока отсутствуют.

Учитывая это, настоящее Руководство посвящено только первому направлению – вопросам количественной оценки приверженности лечению пациентов в условиях клинической практики.

Одной из существенных проблем, затрудняющих широкое практическое применение оценки приверженности для последующей разработки индивидуализированных медицинских и управленческих решений на основе полученных результатов, является методологическая. Отсутствие разработанного и общепринятого понятийного аппарата, многообразие характеризующих общую приверженность и её отдельные

The concepts of “adherence to treatment” in scientific research and clinical practice are interpreted by doctors and researchers in very diverse aspects. These concepts can be focused in two main directions.

The first and most basic implies the adherence of patients to follow the recommendations received from the health care provider regarding taking medications, receiving medical services and making lifestyle changes. The issues of adherence to pharmaceutical therapy, medical support and lifestyle modification should be evaluated when studying adherence separately or comprehensively. In cases where research tools allow it, patients can also be assessed for overall adherence to treatment using the characteristics above. There are questionnaires in Russia that allow to carry out the assessment of the adherence despite the limited tools availability.

The adherence to treatment of medical professionals as medical services providers to patients is the second concept. In this case, both the adherence of medical professionals themselves to compliance with clinical guidelines and standards while providing medical services, and their adherence to other aspects of treatment (e.g., patients medical support) can be assessed. Validated and applicable tools for assessing such adherence are not yet available in clinical practice.

Taking this into account, this Guide is addressed to the first direction only (the issues of quantifying patient adherence to treatment in clinical practice).

Methodological issue is one of the most significant problems that complicate the widespread practical application of adherence assessment for the subsequent development of individualized medical and management decisions based on the obtained results. The absence of the developed and generally accepted conceptual system, the variety of definitions and terms characterizing the general adherence and its individual components,

составляющие определений и терминов, частая неоднозначность их трактовки и интерпретации, различающиеся подходы к их использованию между специалистами различных специальностей – всё это создает проблемы понимания не только на уровне «врач – пациент», но и на уровнях «исследователь – исследователь», «врач – исследователь» и «врач – врач». В настоящем Руководстве предпринята попытка структурировать понятийный и терминологический аппарат приверженности, с учетом возможности последующей унификации его применения в различных областях медицинского знания, в том числе предложив читателю достаточно новые термины и понятия, сформированные в последние годы.

Не менее значимой проблемой является доказательность и воспроизводимость получаемых при оценке приверженности результатов, равно как и характерный для большинства используемых инструментов узкий диагностический спектр. Большинство применяемых опросников «короткой шкалы», начиная с наиболее распространенного инструмента D.E. Morisky, демонстрируют малоубедительные и часто невоспроизводимые результаты. В подавляющем большинстве такие опросники позволяют оценить только один вид приверженности (например – лекарственную), не затрагивая столь же, а иногда и более значимые для результата лечения, вопросы приверженности медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. Рабочая группа Руководства, проведя публикационный научно-литературный поиск с глубиной мониторинга 10 лет, посчитала возможным включить в настоящую редакцию только опросники с возможностью универсальной оценки приверженности, либо специализированно разработанные для узких отраслей медицины, где иные опросники неприменимы по объективным причинам.

Еще одна проблема – это точность получаемых при оценке приверженности значений и возможность их адекватного сопоставления. Большинство как зарубежных, так и отечественных экспертов в области приверженности рекомендуют ориентироваться на условные группирующие признаки – уровни («высокий-средний-низкий», или «достаточный-недостаточный»), что во многом вызвано ограниченными возможностями существующего инструментария, не позволяющего получать точные цифровые значения. В основу настоящего Руководства положены два опросника, не имеющие таких недостатков, позволяющие получать точные измеряемые значения,

the frequent ambiguity of their interpretation, different approaches to their use between specialists of different specialties – all this creates problems of understanding not only at the physician-patient level, but also at the researcher-researcher levels, “physician-researcher” and “physician – physician”. This Manual attempts to structurise the conceptual and terminological system of adherence, taking into account the possibility of further unification of its application in various fields of medical knowledge, including offering the reader fairly new terms and concepts formed in recent years.

The issue of equal significance is the evidence-basis and reproducibility of the results obtained in the adherence assessment, as well as the narrow diagnostic spectrum characteristic of most of the tools used. Most of the “short scale” questionnaires used, starting with the most common D.E. Morisky tool, show little convincing and often non-reproducible results. These questionnaires allow to evaluate only one type of adherence (e.g. pharmaceutical treatment) in the vast majority of cases. They do not take into account the issues of adherence to medical support and lifestyle modification which are significant as well. This Guide Working Group found it possible to include universal adherence assessment scales or specially designed ones for medical specialisations where other questionnaires are not applicable for objective reasons. The scientific and publication monitoring took 10 years.

Another problem is the accuracy of the values obtained in the assessment of adherence and the possibility of adequate comparison of data. The majority of both foreign and Russian experts in the field of adherence recommend focusing on conditional grouping signs – levels («high-medium-low», or «sufficient-insufficient»), which is largely caused by the limited capabilities of existing tools that do not allow obtaining accurate digital values. There are two questionnaires without these shortcomings in this Guide. These questionnaires allow to obtain accurate measurable values. The indicator dynamics can also be obtained.

которые отражают не только тот или иной уровень приверженности, но при сравнительной оценке позволяют оценивать динамику показателей, в том числе внутри одного уровня. Указанное не исключает включения в Руководство новых инструментов, обладающих аналогичными или превосходящими возможностями, при их появлении.

Концепция исследования приверженности, ярко заявив о себе в 80-е годы XX века, в последующем осталась «модной», но имеющей весьма отдаленное отношение к клинической практике. Несмотря на то, что за прошедший 30-летний период в различных медицинских направлениях отдельными исследователями приверженности были найдены новые и оригинальные решения и накоплен существенный опыт, объективно сформировавшаяся профессиональная изолированность многих научных обществ с одной стороны, и недооценка многими лидерами мнений значимости изучения приверженности – как основы современного и перспективного управления лечением с другой, привели к тому, что большинство находок и решений многие годы остаются неизвестными практически врачам и невостребованными системой здравоохранения. В результате в России до сих пор наиболее употребимым остается простой, но малоинформативный и сомнительный в отношении надежности и прогностической ценности опросник Morisky.

Настоящее Руководство является первым шагом к междисциплинарной систематизации и унификации различных аспектов приверженности. Дальнейшее расширение состава постоянно действующей рабочей группы с включением до этого не участвовавших в разработке документа специалистов других медицинских специальностей, объединение на одной площадке клинических исследователей, лидеров мнений в различных областях медицины и организаторов здравоохранения, формирование объединенной базы исследовательских материалов в области приверженности, поиск, разработка и мониторинг новых инструментов её оценки, выработка соглашений и рекомендаций в отношении управления приверженностью и управления лечением на основе приверженности – вот та стратегическая цель, которой руководствуются авторы настоящего Руководства.

The concept of adherence research was stated in the 80s. It has been popular but far from clinical practice. Many findings remain unknown and unclaimed despite there has been many decisions found. As a result, Morisky questionnaire is the most usable questionnaire in Russia nowadays.

This Guide is the first step towards interdisciplinary systematization and unification of various aspects of adherence. The authors' main goal is the further expansion of the working group with the involvement of medical specialists, researchers and healthcare administrators.

I. СОКРАЩЕНИЯ, УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

I. ABBREVIATIONS, SYMBOLS, TERMS AND DEFINITIONS

1.1. Сокращения и условные обозначения / abbreviations and symbols

ВМ – важность модификации образа жизни	<i>ВМ</i> – the importance of lifestyle modification
ВМп – потенциальная важность модификации образа жизни	<i>ВМп</i> – the potential importance of lifestyle modification
ВС – важность медицинского сопровождения	<i>ВС</i> – the importance of medical support
ВСп – потенциальная важность медицинского сопровождения	<i>ВСп</i> – potential importance of medical support
ВТ – важность лекарственной терапии	<i>ВТ</i> – the importance of drug therapy
ВТп – потенциальная важность лекарственной терапии	<i>ВТп</i> – potential importance of drug therapy
ГМ – готовность к модификации образа жизни	<i>ГМ</i> – readiness for lifestyle modification
ГМп – потенциальная готовность к модификации образа жизни	<i>ГМп</i> – potential readiness for lifestyle modification
ГС – готовность к медицинскому сопровождению	<i>ГС</i> – readiness for medical support
ГСп – потенциальная готовность к медицинскому сопровождению	<i>ГСп</i> – potential readiness for medical support
ГТ – готовность к лекарственной терапии	<i>ГТ</i> – readiness for drug therapy
ГТп – потенциальная готовность к лекарственной терапии	<i>ГТп</i> – potential readiness for drug therapy
КМ – коэффициент предикции модификации образа жизни	<i>КМ</i> – reduction coefficient of lifestyle modification
КМп – коэффициент потенциальной предикции модификации образа жизни	<i>КМп</i> – coefficient of potential prediction of lifestyle modification
КОП – количественная оценка приверженности	<i>КОП</i> – quantifying adherence
КОП-25 – система опросников количественной оценки приверженности, КОП-25	<i>КОП-25</i> – the system of questionnaires for quantitative assessment of adherence
КР – класс рекомендации	<i>КР</i> – recommendation class
КС – коэффициент предикции медицинского сопровождения	<i>КС</i> – the coefficient of prediction of medical support
КСп – коэффициент потенциальной предикции медицинского сопровождения	<i>КСп</i> – coefficient of potential prediction of medical support
КТ – коэффициент предикции лекарственной терапии	<i>КТ</i> – predictive factor of drug therapy

КТп – коэффициент потенциальной предикции лекарственной терапии	КТп – coefficient of potential prediction of drug therapy
Пл – приверженность лечению	Пл – adherence to treatment
Плп – потенциальная приверженность лечению	Плп – potential treatment adherence
ПМ – приверженность модификации образа жизни	ПМ – adherence to lifestyle modification
ПМп – потенциальная приверженность модификации образа жизни	ПМп – potential adherence to lifestyle modification
ПС – приверженность медицинскому сопровождению	ПС – adherence to medical support
ПСП – потенциальная приверженность медицинскому сопровождению	ПСП – potential adherence to medical support
ПТ – приверженность лекарственной терапии	ПТ – adherence to drug therapy
ПТп – потенциальная приверженность лекарственной терапии	ПТп – potential adherence to drug therapy
РКИ – рандомизированное контролируемое исследование (испытание)	РКИ – randomized controlled trial
УДД – уровень достоверности доказательств	УДД – the level of reliability of evidence
УУР – уровень убедительности рекомендаций	УУР – the level of credibility of recommendations
ЦИ – циркулярное исследование (испытание)	ЦИ – circular study (trial)
ЭВМ – электронно-вычислительная машина	ЭВМ – electronic computing machine
ARMS – Adherence to Refills and Medications Scale (Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним)	
BMQ – Brief Medication Questionnaire (Краткий лекарственный опросник)	
BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale (Шкала краткой психиатрической оценки)	
GAF – Global Assessment of Functioning (Шкала глобального функционирования)	
HB – Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone (Шкала оценки приверженности больных гипертонией Hill-Bone)	
MARS – Medication Adherence Report Scale (Шкала репортирования приверженности к приему лекарств)	
MMAS-4 – 4-item Morisky Medication Adherence Scale (Шкала комплайенса Morisky 4)	
MMAS-8 – 8-item Morisky Medication Adherence Scale (Шкала комплайенса Morisky 8)	
MSQ – Medication Satisfaction Questionnaire (Опросник удовлетворенности лекарственным лечением)	
SANS – Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Шкала оценки негативных симптомов)	
SEAMS – The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (Шкала самоэффективности в применении лекарств)	
WHO – World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения, ВОЗ)	

1.2. Общие термины и их интерпретация применительно к оценке приверженности лечению / *General terms and their interpretation in relation to the assessment of treatment adherence*

Анкета опросника – специально оформленный перечень вопросов, сформулированных с учетом групповой принадлежности респондента, с вариантами ответов на вопросы, предназначенный для стандартизированного сбора информации о фактической либо потенциальной приверженности.

Questionnaire form is a specially designed list of questions formulated taking into account the respondent's group affiliation, with options for answering questions. It is designed for standardized collection of information about actual or potential adherence.

Важность – сформированная интегративная характеристика личности, отражающая уровень значимости понятия, явления или действия в субъективной иерархии ценностей респондента.

Importance is a formed integrative characteristic of a person, reflecting the level of significance of a concept, phenomenon or action in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Готовность – сформированная интегративная характеристика личности, отражающая мотивационно-ценностное отношение респондента к совершению какого-либо действия, включающее образ структуры действия и направленность сознания на его выполнение.

Willingness is a formed integrative characteristic of a personality, reflecting the motivational attitude of the respondent to the commission of an action, including the image of the structure of the action and the orientation of consciousness to its implementation.

Исследователь (медицинский исследователь) – работник научной, образовательной, медицинской или иной организации, организующий и/или выполняющий самостоятельно либо в составе научного коллектива научные исследования с участием человека, включая использование лекарств, биопрепаратов или медицинского оборудования.

Researcher (medical researcher) is an employee of a scientific, educational, medical or other organization who organizes and/or performs scientific research with human participation independently or as part of a scientific team, including the use of medicines, biological products or medical equipment.

Коэффициент предикции – прогнозируемая вероятность совершения декларируемых респондентом действий, вычисляемая как отношение показателя, характеризующего намерения респондента выполнять рекомендации (готовность) к показателю уровня их значимости (важность).

The prediction coefficient is the predicted probability of the actions declared by the respondent, calculated as the ratio of the indicator characterizing the respondent's intention to implement recommendations (readiness) to the indicator of their significance level (importance).

Опросник – инструмент стандартизированного получения информации о фактической либо потенциальной приверженности респондента, включающий перечень вопросов с вариантами ответов на них, и процедуру обработки, основанную на определенном способе интерпретации полученных ответов.

The questionnaire is a standardized tool for obtaining information about the actual or potential adherence of the respondent, including a list of questions with possible answers to them, and a processing procedure based on a certain way of interpreting the answers received.

Поставщик медицинских услуг – индивидуальный медицинский работник или медицинская организация, обладающие правом (лицензией) на оказание медицинских диагностических и/или лечебных услуг. Также любое лицо или организация, которые предоставляют или оплачивают медицинскую помощь в ходе обычной деятельности.

A medical service provider is an individual medical worker or a medical organization that has the right (license) to provide medical diagnostic and/or medical services, or any person or organization that provides or pays for medical care in the normal business course.

Потенциальная приверженность – характеристика прогнозируемой способности не имеющего установленных заболеваний респондента, к выполнению, при их возникновении, рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Приверженность – характеристика прогнозируемой способности имеющего хотя бы одно установленное заболевание респондента, к выполнению рекомендаций в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Циркулярная модель исследования – система, в которой экспериментальные методы (необходимые для специфического тестирования эффективности материала исследования), дополняются не экспериментальными (обсервационными) методами, изучающими эффективность и применимость вмешательства в реальной жизни (ретроспективные наблюдения, проспективные серии случаев и прочее).

1.3. Специальные термины / *Special terms*

Важность лекарственной терапии (ВТ) – показатель, отражающий уровень значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств в субъективной иерархии ценностей респондента.

Важность медицинского сопровождения (ВС) – показатель, отражающий уровень значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения в субъективной иерархии ценностей респондента.

Важность модификации образа жизни (ВМ) – показатель, отражающий уровень значимости обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни в субъективной иерархии ценностей респондента.

Готовность к лекарственной терапии (ГТ) – показатель, отражающий выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств.

Potential adherence is a characteristic of the predicted ability of a respondent who has no established diseases to fulfill, if they occur, recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification for an indefinite period of time.

Adherence is a characteristic of the predicted ability of a respondent with at least one established disease to implement recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification for an indefinite period of time.

The circular research model is a system in which experimental methods (necessary for specific testing of the effectiveness of the research material) are supplemented by non-experimental (observational) methods that study the effectiveness and applicability of intervention in real life (retrospective observations, prospective series of cases, etc.)

Drug therapy importance (DTI) is an indicator reflecting the level of significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of taking medicines in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Medical support importance (MSI) is an indicator reflecting the level of significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of medical supervision in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Lifestyle modification importance (LMI) is an indicator reflecting the level of significance of obligations in relation to the recommended lifestyle change in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Readiness to drug therapy (RDT) is an indicator reflecting the severity of the respondent's intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of taking medications.

Готовность к медицинскому сопровождению (ГС) – показатель, отражающий выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения.

Readiness to medical support (RMS) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of medical supervision.

Готовность к модификации образа жизни (ГМ) – показатель, отражающий выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни.

Readiness to lifestyle modification (RLM) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's intention to implement recommendations regarding lifestyle changes.

Достаточность приверженности (ДП) – соответствие показателя приверженности респондента минимальному показателю (уровню), установленному для медицинского вмешательства или научного исследования.

Adherence sufficiency (AS) – compliance of the respondent's adherence indicator with the minimum indicator (level) established for medical intervention or scientific research.

Количественная оценка приверженности (КОП) – способ количественного выражения результата исследования приверженности в номинальной шкале, в процентах от максимально возможного расчётного значения.

Adherence quantitative assessment (AQA) is a method of quantifying the result of the adherence study on a nominal scale, as a percentage of the maximum possible calculated value.

Коэффициент предикции лекарственной терапии (КТ) – показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении лекарственной терапии.

The drug therapy prediction coefficient (DTPC) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill recommendations regarding drug therapy.

Коэффициент предикции медицинского сопровождения (КС) – показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении медицинского сопровождения.

The predictive coefficient of medical support (PCMS) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill the recommendations regarding medical support.

Коэффициент предикции модификации образа жизни (КМ) – показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении модификации образа жизни.

The predictive coefficient of lifestyle modification (PCLM) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill recommendations regarding lifestyle modification.

Коэффициент потенциальной предикции лекарственной терапии (КТп) – показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций в отношении лекарственной терапии.

The coefficient of potential prediction of drug therapy (CPPDT) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding drug therapy.

Коэффициент потенциальной предикции медицинского сопровождения (КСп) – показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций медицинского сопровождения.

The coefficient of potential prediction of medical support (CPPMS) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill possible recommendations of medical support.

Коэффициент потенциальной предикции модификации образа жизни (КМп) – показатель, отражающий прогнозируемую вероятность выполнения респондентом возможных рекомендаций в отношении модификации образа жизни.

The coefficient of potential prediction of lifestyle modification (CPPLM) is an indicator reflecting the predicted probability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding lifestyle modification.

Потенциальная важность лекарственной терапии (ВТп) – показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств в субъективной иерархии ценностей респондента.

The potential importance of drug therapy (PIDT) is an indicator reflecting the level of the expected significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of taking medications in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Потенциальная важность медицинского сопровождения (ВСП) – показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения в субъективной иерархии ценностей респондента.

The potential importance of medical support (PIMS) is an indicator reflecting the level of the expected significance of obligations in relation to the recommended volume, frequency and duration of medical supervision in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Потенциальная важность модификации образа жизни (ВМп) – показатель, отражающий уровень предполагаемой значимости обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни в субъективной иерархии ценностей респондента.

The potential importance of lifestyle modification (PILM) is an indicator reflecting the level of the expected significance of obligations in relation to the recommended lifestyle change in the subjective hierarchy of values of the respondent.

Потенциальная готовность к лекарственной терапии (ГТп) – показатель, отражающий выраженность предполагаемого намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств.

Potential readiness for drug therapy (PRDM) is an indicator reflecting the severity of the respondent's proposed intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of taking medications.

Потенциальная готовность к медицинскому сопровождению (ГСП) – показатель, отражающий выраженность предполагаемого намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности медицинского наблюдения.

Potential readiness for medical support (PRMS) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's proposed intention to implement recommendations regarding the volume, frequency and duration of medical supervision.

Потенциальная готовность к модификации образа жизни (ГМп) – показатель, отражающий выраженность предполагаемого намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни.

Potential readiness for lifestyle modification (PRLM) is an indicator reflecting the intensity of the respondent's proposed intention to implement recommendations regarding lifestyle changes.

Потенциальная приверженность лекарственной терапии (ПТп) – прогнозируемая способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределённо долгого времени.

Potential adherence to drug therapy (PADT) is the predicted ability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding the volume and frequency of taking medications for an indefinite period.

Потенциальная приверженность лечению (ПЛп) – интегративный показатель, характеризующий предполагаемую комплексную способность пациента выполнять рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни.

Potential adherence to treatment (PAT) is an integrative indicator that characterizes the supposed complex ability of a patient to fulfill recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification.

Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению (ПСп) – прогнозируемая способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределенно долгого времени.

Potential adherence to medical support (PCMS) is the predicted ability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding the scope and frequency of medical supervision for an indefinite period.

Потенциальная приверженность модификации образа жизни (ПМп) – прогнозируемая способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Potential adherence to lifestyle modification (PCLM) is the predicted ability of the respondent to fulfill possible recommendations regarding lifestyle changes for an indefinite period.

Приверженность лекарственной терапии (ПТ) – прогнозируемая способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределенно долгого времени.

Adherence to drug therapy (ADT) is the predicted ability of the respondent to fulfill recommendations regarding the volume and frequency of taking medications for an indefinite period.

Приверженность лечению (ПЛ) – интегративный показатель, характеризующий комплексную способность пациента выполнять рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни.

Treatment adherence (TA) is an integrative indicator that characterizes the patient's complex ability to fulfill recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification.

Приверженность медицинскому сопровождению (ПС) – прогнозируемая способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределенно долгого времени.

Adherence to medical support (AMS) is the predicted ability of the respondent to fulfill recommendations regarding the volume and frequency of medical supervision for an indefinite period of time.

Приверженность модификации образа жизни (ПМ) – прогнозируемая способность респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени.

Adherence to lifestyle modification (ALM) is the predicted ability of the respondent to implement recommendations regarding lifestyle changes for an indefinite period of time.

Уровень приверженности (УП) – группирующий признак, позволяющий на основании оценки приверженности распределить респондента в группу со сходным прогнозом медицинских вмешательств или исходов, к которому на этом основании может быть применена общая для всех членов такой группы модель медицинского вмешательства.

The level of adherence (LC) is a grouping feature that allows, based on an assessment of adherence, to assign a respondent to a group with a similar prognosis of medical interventions or outcomes, to which, on this basis, a model of medical intervention common to all members of such a group can be applied.

II. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ: КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

II. TREATMENT ADHERENCE: CONSOLIDATED PROVISIONS

(1) Под приверженностью лечению принято понимать степень соответствия поведения пациента относительно согласованных рекомендаций, полученных от поставщика медицинских услуг в отношении приема препаратов, соблюдения диеты, осуществления других мер изменения образа жизни, а также медицинского сопровождения [29, 73, 96, 117]. Приверженность лечению наиболее значима при долгосрочной терапии хронических заболеваний. К хроническому заболеванию следует отнести болезнь, если она обладает хотя бы одной из перечисленных характеристик: неопределенно продолжительное во времени либо постоянное (пожизненное) течение; проявления остаточной, периодически проявляющейся или постоянной нетрудоспособности, обусловленной необратимыми патологическими изменениями; необходимость специальной подготовки пациента к реабилитации и регулярное либо постоянное использование средств реабилитации; имеющаяся или прогнозируемая необходимость периодического либо постоянного медицинского наблюдения, сопровождения либо ухода [24, 25, 27, 96, 117].

(2) Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если уровень приверженности не используются для обоснования планирования и оценки проектов. Результаты эффективности работы системы здравоохранения не могут быть точно оценены, если они измеряются только показателями использования ресурсов и эффективности вмешательств; прогнозируемые на основании таких данных результаты обеспечения здоровья населения не могут быть достигнуты, если для обоснования планирования и оценки результатов не используются показатели приверженности [40, 117]. Оценка приверженности позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных лекарственных препаратов [24, 55]. Без системы, учитывающей индивидуальные особенности приверженности, достижения в области биомедицинских технологий не способны реализовать свой потенциал по снижению бремени хронических заболеваний [25, 117].

(1) Adherence to treatment is generally understood to mean the degree of compliance of the patient's behavior with the agreed recommendations received from the health care provider regarding medication intake, diet compliance, implementation of other lifestyle changes, as well as medical support [29, 73, 96, 117]. Adherence to treatment is most significant in the long-term therapy of chronic diseases. A chronic disease should include a disease if it has at least one of the following characteristics: indefinitely prolonged in time or permanent (lifelong) course; manifestations of residual, periodically manifested or permanent disability caused by irreversible pathological changes; the need for special preparation of the patient for rehabilitation and regular or constant use of rehabilitation tools; the existing or predicted need for periodic or permanent medical supervision, support or care [24, 25, 27, 96, 117].

(2) Forecasts of treatment outcomes and outcomes cannot be considered effective if the level of adherence is not used to justify the planning and evaluation of projects. The results of the effectiveness of the health system cannot be accurately assessed if they are measured only by indicators of resource use and the effectiveness of interventions; the results of ensuring public health predicted on the basis of such data cannot be achieved if adherence indicators are not used to justify planning and evaluation of results [40, 117]. Assessment of adherence avoids a large number of expensive examinations and procedures (including interventional treatment), as well as the appointment of unnecessary medications [24, 55]. Without a system that takes into account individual characteristics of adherence, advances in biomedical technologies are not able to realize their potential to reduce the burden of chronic diseases [25, 117].

(3) Изменение приверженности – непрерывный и динамичный процесс. Любая популяция пациентов может быть сегментирована в соответствии с уровнем готовности к выполнению рекомендаций [22, 26, 27, 38, 39].

(4) Исследований приверженности, включая её количественное измерение и изучение фундаментальных свойств, до сих пор выполняется недостаточно. Для изучения приверженности используются разные, часто несопоставимые способы, инструменты и шкалы, обладающие различной чувствительностью, специфичностью и валидностью. Исследователи приверженности ограничены в выборе инструментария и методологического сопровождения. До настоящего времени у исследователей приверженности отсутствуют рекомендации, консенсусы и руководства наднационального уровня. При этом накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность является одним из ведущих факторов успеха лечения [24, 25, 28, 29, 33, 39, 30, 89, 111, 112, 117].

(5) Свидетельств о том, что устойчивое повышение приверженности к лекарственной терапии может быть достигнуто с помощью современных ресурсов, получено мало. Указанное связано, в том числе, с небольшой продолжительностью большинства исследований, их гетерогенностью и небезупречным дизайном. Смогут ли доступные технологии управления приверженностью значимо и долгосрочно улучшать результаты терапии, должно быть показано в адекватно спланированных по дизайну исследованиях – классических РКИ и масштабных циркулярных исследованиях [24, 25, 29, 49, 96]. При этом исключительно важной задачей является оценка влияния терапевтических стратегий на приверженность и терапевтическую инертность в циркулярных исследованиях, в условиях реальной клинической практики. Результаты таких исследований относительно влияния терапии (в том числе комбинированной) на приверженность, контроль параметров и исходы в условиях обычного быта необходимы, поскольку в классических РКИ с учетом специальной мотивации клинического персонала и пациентов и тщательного контроля проводимого лечения, сделать это крайне сложно [29, 88, 96, 111, 112].

(3) *Adherence change is a continuous and dynamic process. Any patient population can be segmented according to the level of readiness to implement recommendations [22, 26, 27, 38, 39].*

(4) *Studies of adherence, including its quantitative measurement and the study of fundamental properties, are still not being carried out enough. Different methods, tools, and scales with different sensitivity, specificity, and validity are used to study adherence. Researchers are not limited in the choice of tools and methodological support. So far, there is a lack of recommendations, consensuses, and supranational-level guidelines for the adherence researchers. At the same time, more and more evidence are being accumulated that adherence is one of the leading factors to the success of treatment [24, 25, 28, 29, 33, 39, 30, 89, 111, 112, 117].*

(5) *There is little evidence that a sustained increase in adherence to drug therapy can be achieved with the help of modern resources. This is due, among other things, to the short duration of most studies, their heterogeneity and flawed design. Whether the available adherence management technologies will be able to significantly and long-term improve the results of therapy should be shown in adequately designed studies – classical RCTs and large-scale circular studies. [24, 25, 29, 49, 96]. At the same time, an extremely important task is to assess the impact of therapeutic strategies on adherence and therapeutic inertia in circular studies, in real clinical practice. The results of such studies regarding the effect of therapy (including combined therapy) on adherence, parameter control and outcomes in everyday life are necessary, since in classical RCTs, taking into account the special motivation of clinical staff and patients and careful monitoring of the treatment, it is extremely difficult to do this [29, 88, 96, 111, 112].*

(6) Управление лечением на основании индивидуального уровня приверженности, либо управление приверженностью может иметь большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения [22, 24, 31, 35, 117].

(7) Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой мирового масштаба. Плохая приверженность долгосрочным методам лечения существенно снижает эффективность лечения, что делает эту проблему критически важной для здоровья населения, как с позиции качества жизни, так и с позиции экономики здравоохранения [73, 117]. Приверженность лечению больных, страдающих хроническими заболеваниями, является одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и непосредственно влияющих на прогноз [79, 83].

(8) Все больше данных свидетельствует о том, что низкая приверженность лечению, наряду с врачебной инертностью (отсутствие изменений в лекарственной терапии при недостижении контролируемого результата), является ведущей причиной неадекватного лечения [65, 72, 84].

(9) Абсолютная приверженность лечению, то есть стабильная на протяжении продолжительного либо неограниченного периода времени, при которой пациент точно соблюдает все медицинские рекомендации, регистрируется только в отдельных РКИ и ЦИ, и не является типичной для реальной медицинской практики [4, 117].

(10) Общая приверженность лечению и её отдельные составляющие могут быть прогнозируемы с достаточной степенью точности, на основе постоянно расширяющегося перечня предикторов и средств оценки и измерения приверженности [15, 22, 24–27, 31]. Учитывая медицинское и экономическое бремя низкой приверженности лечению, крайне важно иметь универсальные, надежные и доступные для практического применения инструменты для ее оценки [24, 25, 29, 80].

(11) Точная оценка уровня приверженности представляет собой сложную задачу. Все известные методы изучения приверженности, как прямые, так и непрямые, обладают методологическими либо технологическими недостатками [35, 98, 106, 117].

(6) Treatment management based on an individual level of adherence, or adherence management may have a greater impact on public health than improving specific medical treatment [22, 24, 31, 35, 117].

(7) Insufficient adherence to treatment is a global problem on a global scale. Poor adherence to long-term treatment methods significantly reduces the effectiveness of treatment, which makes this problem critically important for the health of the population, both from the standpoint of quality of life and from the standpoint of health economics [73, 117]. Adherence to treatment of patients suffering from chronic diseases is one of the most important factors that ensure the quality of therapy and directly affect the prognosis [79, 83].

(8) More and more evidence suggest that low adherence to treatment, along with medical inertia (lack of changes in drug therapy when a controlled result is not achieved), is the leading cause of inadequate treatment [65, 72, 84].

(9) Absolute adherence to treatment is registered only in individual RCTs and CI, and is not typical for real medical practice [4, 117].

(10) Overall treatment adherence and its individual components can be predicted with a sufficient degree of accuracy, based on an ever-expanding list of predictors and means of assessing and measuring adherence [15, 22, 24-27, 31]. Given the medical and economic burden of low adherence to treatment, it is extremely important to have universal, reliable and practical tools available for its assessment [24, 25, 29, 80].

(11) An accurate assessment of the level of adherence is a difficult task. All known methods of studying adherence, both direct and indirect, have methodological or technological disadvantages [35, 98, 106, 117].

(12) Проблемы выбора эффективных стратегий диагностики и последующего управления приверженностью обусловлены сложностью её структуры вследствие большого количества переменных, влияющих на соблюдение либо несоблюдение пациентом рекомендаций врача, часто формирующихся в одну или несколько подсистем, тесно взаимодействующих друг с другом [23, 70, 118]. При этом индивидуализированная сложность структуры приверженности предполагает возможность достаточно точной диагностики нарушений её механизмов, обуславливающих качество приверженности конкретного пациента, в том числе ассоциированность механизмов приверженности с удовлетворенностью пациента лечением, что непосредственно влияет на эффективность его взаимодействия с поставщиками медицинских услуг [6, 7, 14, 15, 118].

(13) Из основных методов оценки приверженности (прямой вопрос; счёт препаратов; измерение концентрации препаратов или их метаболитов в средах и биологических жидкостях организма человека; мониторинг визитов и вмешательств, электронное мониторирование; использование систем дистанционного контроля, анкетирование) наилучшим по соотношению трудозатраты/эффективность является анкетирование. Наиболее распространенным и рутинно применимым методом анкетирования является оценка приверженности с помощью опросников [73, 117].

(14) Ценность большинства стандартизированных опросников невелика, но другие методы, например, определение содержания препаратов в крови и моче, несмотря на более высокую информативность, не могут быть широко использованы [52, 85, 113]. Результаты применения опросников нередко переоценивают приверженность. Самоотчеты и дневники пациентов являются достаточно экономичными, быстрыми и простыми способами получения информации о приверженности, однако при этом также нельзя исключить существенного искажения данных, которое в части завышения результатов приверженности может достигать 30%, что снижает доверие к таким данным без дополнительной проверки и коррекции информации, полученной другими методами [71, 98, 101, 116]. Оценка приверженности может стать лучше при появлении более дешевых и надежных методов выявления препаратов, которые можно применять в условиях повседневной практики [58, 75].

(12) *The problems of choosing effective diagnostic strategies and subsequent adherence management exist due to the complexity of its structure as a result of a large number of variables affecting the patient's compliance or non-compliance with the doctor's recommendations, often forming into one or more subsystems that closely interact with each other [23, 70, 118]. At the same time, the individualized complexity of the adherence structure implies the possibility of a sufficiently accurate diagnosis of violations of its mechanisms that determine the quality of a particular patient's adherence, including the association of adherence mechanisms with patient satisfaction with treatment, which directly affects the effectiveness of his interaction with health care providers [6, 7, 14, 15, 118].*

(13) *Questionnaire is the best of the main methods of assessing adherence (direct question; drug count; measurement of the concentration of drugs or their metabolites in the media and biological fluids of the human body; monitoring of visits and interventions, electronic monitoring; use of remote-control systems, questionnaires), in terms of labor/efficiency ratio. The most common and routinely applicable survey method is the assessment of adherence using questionnaires [73, 117].*

(14) *The value of most standardized questionnaires is low, but other methods, for example, determination of the content of drugs in blood and urine, despite the higher information content, cannot be widely used [52, 85, 113]. The results of using questionnaires often overestimate adherence. Self-reports and patient diaries are quite economical, fast and simple ways to obtain information about adherence, however, it is also impossible to exclude significant data distortion, which in terms of overstating the results of adherence can reach 30%, which reduces confidence in such data without additional verification and correction of information obtained by other methods [71, 98, 101, 116]. Assessment of adherence may become better with the advent of cheaper and more reliable methods for identifying drugs that can be used in everyday practice [58, 75]. The traditional use of «short scale» questionnaires for assessing treatment adherence (for example, MMAS-4, MMAS-8) has serious limitations due to the high risk of patients making deliberately false*

Традиционное применение для оценки приверженности лечению опросников «короткой шкалы» (например, ММАС-4, ММАС-8) несет серьёзные ограничения в связи с высоким риском внесения пациентами заведомо ложных ответов (приводящим к существенному завышению результатов) и, как следствие, низкой валидности тестов [10, 11, 13, 22, 27, 34].

(15) В медицинской практике предпочтительны опросники, позволяющие исследовать приверженность количественно, специализированно к отдельным когортам (взрослые, подростки, беременные, законные представители пациентов и др.), применимые универсально у больных с различными заболеваниями, охватывающие всё известное поле приверженности (лекарственная терапия, медицинское сопровождение, модификация образа жизни) и имеющие возможность автоматизированного ввода и обработки данных [25, 27, 29, 32, 35, 40]. В России опросником, удовлетворяющим всем указанным критериям, обладающим достаточным уровнем валидности и одобренным в установленном порядке профессиональными общественными объединениями, является КОП-25 [24, 27, 29, 30, 32, 34]. Для применения в психиатрии разработана российская Шкала количественной оценки комплаенса. Она позволяет, индивидуализировано определив уровень приверженности пациента, выявить дефицит той или иной подсистемы и идентифицировать влияние отдельных параметров пациента на механизмы такого дефицита, обеспечивая прогнозирование комплаентного поведения и объективный мониторинг терапевтической коррекции приверженности [16, 17, 18, 19, 23, 42, 43, 107].

(16) Долгосрочная приверженность любому лечению низкая, вне зависимости от заболевания, и в большинстве случаев не превышает 50% от теоретически возможной. У большинства пациентов исходная приверженность лечению (или выполнению отдельных медицинских рекомендаций) с течением времени снижается [1, 5, 12, 50, 59]. Контроль терапии путем исследования проб крови и мочи на присутствие лекарственных препаратов, демонстрирует очень низкий уровень лекарственной приверженности. Исследования, выполненные в общей популяции, показывают, что приверженность, оцениваемая по регулярности обновления рецептов, у половины больных составляла менее 50% [29, 64, 109]. Только существенное снижение риска осложнений или неблагоприятных исходов мотивирует

answers (leading to a significant overestimation of results) and, as a consequence, low validity of tests [10, 11, 13, 22, 27, 34].

(15) *Questionnaires that allow to study adherence quantitatively, in a specialized way to individual cohorts (adults, adolescents, pregnant women, legal representatives of patients, etc.), applicable universally in patients with various diseases, covering all known field of adherence (drug therapy, medical support, lifestyle modification) and having the possibility of automated data entry and processing in medical practice, questionnaires are preferred in medical practice. [25, 27, 29, 32, 35, 40]. QAA-25 is the questionnaire that meets all these criteria, has got a sufficient level of validity and is approved in accordance with the established procedure by professional public associations in Russia. [24, 27, 29, 30, 32, 34]. Russian Compliance Quantification Scale has been developed for use in psychiatry. It allows to identify the deficiency of a particular subsystem and determine the influence of individual patient parameters on the mechanisms of such deficiency, providing prediction of compliance behavior and objective monitoring of therapeutic correction of adherence. [16, 17, 18, 19, 23, 42, 43, 107].*

(16) *Long-term adherence to any treatment is low, regardless of the disease, and in most cases does not exceed 50% of the theoretic possibility. In most patients, the initial adherence to treatment (or the implementation of individual medical recommendations) decreases over time [1, 5, 12, 50, 59]. Monitoring therapy by examining blood and urine samples for the presence of medications demonstrates a very low level of drug adherence. Studies performed in the general population show that adherence, assessed by the regularity of prescription updates, in half of the patients was less than 50% [29, 64, 109]. Only a significant reduction in the risk of complications or adverse outcomes motivates patients to preventive drug treatment. Adherence to drug therapy for the prevention of cardiovascular diseases ranges from 50% for primary prevention*

пациентов на профилактическое медикаментозное лечение. Приверженность лекарственной терапии в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний колеблется от 50% для первичной профилактики до 66% для вторичной профилактики [112]. При хронических соматических заболеваниях доля больных, не приверженных лечению, составляет 20–60% [37, 60, 97, 114].

(17) При оценке приверженности лекарственной терапии достаточным может считаться уровень не менее 75%, а оптимальным – не менее 80% [9, 77, 78, 86].

(18) Недостаточная приверженность лечению опасна серьёзными последствиями и является самостоятельным фактором, ухудшающим прогноз [1, 67, 118]. Следствием недостаточной приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни является ухудшение течения заболеваний и их прогноза при одновременном увеличении стоимости лечения [91, 92, 97, 102, 104, 105, 109]. Примерно 9% случаев сердечно-сосудистых заболеваний в Европе можно объяснить плохой приверженностью лечению [112]. Основным недостатком мероприятий по изменению образа является низкая приверженность к нему с течением времени [108, 115]. Глобальные последствия недостаточной приверженности лечению – ухудшение здоровья и увеличение общих расходов на здравоохранение; влияние недостаточной приверженности лечению растёт по мере роста бремени хронических заболеваний [117]. Поставщикам медицинских услуг следует у каждого пациента учитывать несоблюдение рекомендаций и беспристрастно расспрашивать об этом [112].

(19) К ведущим стратегиям, направленным на повышение приверженности, в настоящее время могут быть отнесены: мониторинг лекарственной терапии / поддержка окружения, психосоциальное сопровождение, фармакологическое сопровождение [25, 26, 51, 53, 70, 118, 119].

(20) Мероприятия, направленные на повышение приверженности, в краткосрочной и среднесрочной перспективе обеспечивают значительную положительную отдачу инвестиций в первичную и вторичную профилактику. Вместе с тем, все специальные образовательные программы, направленные на повышение приверженности лечению, с течением времени снижают свою эффективность и в отдалённой перспективе малоэффективны или не эффективны [4, 117].

to 66% for secondary prevention [112]. In chronic somatic diseases, the proportion of patients who are not adhered to treatment is 20–60% [37, 60, 97, 114].

(17) When assessing adherence to drug therapy, a level of at least 75% may be considered sufficient, and at least optimal 80% [9, 77, 78, 86].

(18) Insufficient adherence to treatment is dangerous with serious consequences and is an independent factor that worsens the prognosis [1, 67, 118]. The consequence of insufficient adherence to drug therapy and lifestyle modification is a worsening of the course of diseases and their prognosis, while increasing the cost of treatment [91, 92, 97, 102, 104, 105, 109]. Approximately 9% of cases of cardiovascular diseases in Europe can be explained by poor adherence to treatment [112]. The main disadvantage of measures to change the image is low adherence to it over time [108, 115]. The global consequences of insufficient adherence to treatment are deterioration of health and an increase in overall health care costs; the impact of insufficient adherence to treatment increases as the burden of chronic diseases increases [117]. Health care providers should take into account non-compliance with recommendations from each patient and ask about it impartially [112].

(19) The leading strategies aimed at increasing adherence can currently include: monitoring of drug therapy / support of the environment, psychosocial support, pharmacological support [25, 26, 51, 53, 70, 118, 119].

(20) Measures aimed at increasing adherence in the short and medium term provide a significant positive return on investment in primary and secondary prevention. At the same time, all special educational programs aimed at increasing adherence to treatment decrease their effectiveness over time and are ineffective or ineffective in the long term [4, 117]. Exclusively behavioral and mixed educational and behavioral interventions can increase the proportion of people adhered to drug therapy [66].

Исключительно поведенческие и смешанные образовательные и поведенческие вмешательства могут увеличить долю лиц, приверженных к лекарственной терапии [66]. Ни один тип вмешательства не приводит к улучшению приверженности, если он является непрерывной переменной. Исключительно образовательные и смешанные образовательные и поведенческие вмешательства оказывают незначительное влияние или не оказывают никакого влияния на длительную приверженность [66].

(21) Медицинское сопровождение для повышения приверженности должно включать оценку предпочтений пациента, интерпретацию фактических данных и их применение к конкретному пациенту, рассмотрение общего прогноза, включая ожидаемую продолжительность жизни, функциональный статус и качество жизни, а также клиническую осуществимость вмешательства [112]. Приверженность лечению, возникновение нежелательных эффектов при приеме лекарств, экономическое бремя лечения и стресс, испытываемые лицами, осуществляющими уход, должны приниматься во внимание при оптимизации тех методов лечения и планов ухода, в которых подчеркивается приверженность основным лекарственным средствам и отменяются несущественные лекарства. Планирование расширенного ухода за пациентом должно быть начато на возможно ранней стадии [112]. Обеспечение надлежащего информирования пациентов о вариантах лечения, о том, как придерживаться лечения и о потенциальных последствиях его несоблюдения, в дополнение к управлению ожиданиями пациента относительно целей лечения, имеет важное значение для повышения приверженности [76].

(22) При сердечно-сосудистых заболеваниях достаточная приверженность лекарственной терапии по сравнению с недостаточной уменьшает риск развития сердечно-сосудистых событий на 20%, а риск летальных исходов от любого заболевания – на 35–40% [90].

(23) Предикторами достаточной приверженности лечению являются высшее образование [5], наличие группы инвалидности [48], старший возраст [56, 86, 100] и кратность приема препаратов. Однократный прием препаратов (в т. ч. в форме фиксированной комбинации) сопровождается значимо большей приверженностью лекарственной терапии, чем двукратный и многократный [47]. Максимальная приверженность лекарственной терапии больных с хроническими

No type of intervention leads to improved adherence if it is a continuous variable. Exclusively educational and mixed educational and behavioral interventions have little or no effect on long-term adherence [66].

(21) *Medical support to increase adherence should include an assessment of patient preferences, interpretation of evidence and its application to a specific patient, consideration of the overall prognosis, including life expectancy, functional status and quality of life, as well as the clinical feasibility of intervention [112]. Adherence to treatment, the occurrence of undesirable effects when taking medications, the economic burden of treatment and the stress experienced by caregivers should be taken into account when optimizing those treatment methods and care plans that emphasize adherence to essential medicines and eliminate non-essential medicines. Planning for extended patient care should be initiated at the earliest possible stage [112]. Ensuring that patients are properly informed about treatment options, how to adhere to treatment, and the potential consequences of non-compliance, in addition to managing patient expectations regarding treatment goals, is essential to increase adherence [76].*

(22) *Sufficient adherence to drug therapy, compared with insufficient, reduces the risk of cardiovascular events by 20%, and the risk of deaths from any disease by 35–40% [90].*

(23) *Predictors of sufficient adherence to treatment are higher education [5], the presence of a disability group [48], older age [56, 86, 100] and the frequency of taking medications. Single administration of drugs (including in the form of a fixed combination) is accompanied by a significantly greater adherence to drug therapy than double and multiple [47]. Maximum adherence to drug therapy in patients with chronic somatic diseases is noted with a single dose of drugs [24, 25, 29, 61, 103].*

соматическими заболеваниями отмечается при однократном приеме препаратов [24, 25, 29, 61, 103].

(24) Предикторами недостаточной приверженности лечению являются множественное назначение лекарственных средств, сложная или неудобная схема приема препаратов [1, 112], увеличение стажа заболевания, ограниченность (недостаток) финансовых средств, плохие отношения между врачом и пациентом (включая недоверие врачу), недооценка тяжести состояния, отсутствие веры в успех лечения [3, 28, 33, 48, 76, 112], отсутствие у пациента признания болезни, страх или искаженные представления о последствиях и побочных эффектах лечения, низкий уровень образования, злоупотребление алкоголем, особенности интеллектуальных и/или когнитивных способностей, психические расстройства, физические ограничения, одиночество [36, 48, 81, 106, 76, 112], хорошее самочувствие [44-46]. Самостоятельным важным фактором ухудшения приверженности является депрессия, при этом адекватная антидепрессивная терапия таких пациентов улучшает приверженность лечению [112]. Хронические соматические заболевания без яркой симптоматики являются предикторами недостаточной приверженности лекарственной терапии [117].

(25) Факторы, влияющие на приверженность лечению, помимо пациента, могут быть также связаны с поставщиком медицинских услуг (знания, осведомленность о руководящих принципах, опыт, междисциплинарный командный подход) и системой здравоохранения (условия работы, доступ к лечению, стоимость) [25, 33, 76]. Регулярный обзор событий, проводимый любым членом сопровождающей пациента многопрофильной группы, важен для выявления случаев несоблюдения рекомендаций и реализации стратегий по улучшению приверженности, где это уместно [76].

(26) У пожилых пациентов российской популяции ведущей причиной низкой приверженности лекарственной терапии является развитие нежелательных эффектов и страх таковых [47].

(27) Преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям являются наиболее частыми проявлениями низкой приверженности. Более 30% пациентов самостоятельно отменяют назначенную терапию через 6 месяцев, а через 1 год более 50% пациентов [95]. В течение последующих 12 месяцев

(24) Predictors of insufficient adherence to treatment are polypharmacy, complex or inconvenient drug regimen [1, 112], increased disease length, limited financial resources, poor understanding between the doctor and the patient, underestimation of the condition severity, treatment success faith absence [3, 28, 33, 48, 76, 112], poor patient's disease recognition, fear or distorted ideas about the consequences and side effects of treatment, low education, alcohol abuse, intellectual and/or cognitive oddity, mental disorders, physical limitations, loneliness [36, 48, 81, 106, 76, 112], feeling of being in good health [44-46]. Depression is an independent important factor in the deterioration of adherence, while adequate antidepressant therapy of such patients improves adherence to treatment [112]. Chronic somatic diseases without intensive symptoms are predictors of insufficient adherence to drug therapy [117].

(25) Factors influencing treatment adherence may also be related to the health care provider (knowledge, awareness of guidelines, experience, interdisciplinary team approach) and the health care system (working conditions, access to treatment, cost) [25, 33, 76]. A regular review of events conducted by any member of the multidisciplinary team accompanying the patient is important to identify cases of non-compliance with recommendations and implement strategies to improve adherence, where appropriate [76].

(26) Undesirable effects and their estimated fear are the leading cause of low adherence to drug therapy in elderly patient in Russia. [47].

(27) Premature discontinuation of drug therapy and inadequate adherence to recommendations are the most frequent manifestations of low adherence. More than 30% of patients cancel the prescribed therapy in 6 months by themselves, and more than 50% in 1 year [95]. During the next 12 months after a coronary event, 30% of patients independently

после перенесенного коронарного события самостоятельно прекращает рекомендованную терапию 30%, а при артериальной гипертензии более 60% пациентов, при этом половина из них в качестве главных причин указывает опасения «привыкания» (формирования зависимости) и прямого «вреда» от проводимой терапии [1, 37, 54]. Низкая приверженность назначенной терапии является частой причиной псевдорезистентности, которая выявляется у 50% пациентов при обследовании с помощью лабораторного мониторинга приема препаратов [74, 82, 110].

(28) Степень приверженности лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения. На приверженность лечению оказывает существенное влияние количество таблеток, назначенных пациенту в связи с проводимой терапией. Современные исследования свидетельствуют, что доля пациентов с низкой приверженностью лекарственной терапии, составляя менее 10% при назначении одной таблетки, увеличивалась до 20% при назначении двух таблеток, до 40% при приеме трех таблеток и становилась крайне значительной, вплоть до полного отказа от лечения, если больному было назначено пять или более таблеток [24, 25, 74].

(29) Выбор вида медицинского вмешательства (например, определение предпочтения хирургического лечения перед лекарственной терапией) наряду с общими условиями выбора (недоступность, сопутствующие заболевания, особенности географических условий, образа жизни или профессиональных условий, отказ пациента), рекомендуется в том числе, когда качественная лекарственная терапия маловероятна либо чревата повышенным риском осложнений в результате недостаточной приверженности, а так же у тех пациентов, ожидаемая продолжительность жизни которых ниже предполагаемой долговечности импланта или протеза [111].

(30) Приверженность модификации образа жизни, в частности физическим упражнениям зависит от нескольких переменных, которые могут контролироваться и изменяться исследователями и поставщиками медицинских услуг. Приверженность физическим упражнениям, способны повысить характеристики программы упражнений, привлечение специалистов из разных дисциплин, надзор, технологии, первоначальное изучение характеристик участников, образование участников, адекватные ожидания

stop the recommended therapy. More than 60% of hypertensive patients abandon therapy indicating fear of “addiction” and direct “harm” from the therapy [1, 37, 54] as the main reasons. Low adherence to prescribed therapy is a common cause of pseudo-resistance, which is detected in 50% of patients during examination using laboratory monitoring of drug intake [74, 82, 110].

(28) *The degree of adherence to treatment is inversely related to the complexity of the prescribed treatment regimen. Adherence to treatment is significantly influenced by the number of tablets prescribed to the patient in connection with the therapy. Modern studies show that the proportion of patients with low adherence to drug therapy, amounting to less than 10% when prescribing one tablet, increased to 20% when prescribing two tablets, up to 40% when taking three tablets and became extremely significant, up to complete rejection of treatment if the patient was prescribed five or more tablets [24, 25, 74].*

(29) *The choice of the medical intervention type (for example, determining the preference for surgical treatment before drug therapy), along with the general choice conditions is recommended, when high-quality drug therapy is unlikely expected or fraught with an increased risk of complications as a result of insufficient adherence, as well as in those patients whose life expectancy is lower than the expected durability of the implant or prosthesis [111].*

(30) *Adherence to lifestyle modification (physical exercise in particular), depends on several variables that can be monitored and modified by researchers and health care providers. Adherence to physical exercise, can improve the characteristics of the exercise program, involvement of specialists from different disciplines, supervision, technology, initial study of the characteristics of participants, education of participants, adequate expectations and knowledge of risks and benefits, pleasure and absence of unpleasant experiences, integration*

и знания о рисках и преимуществах, удовольствие и отсутствие неприятных переживаний, интеграция упражнений в повседневную жизнь, социальная поддержка и связь, общение и обратная связь, доступная информация о прогрессе от упражнений и мониторинг, самоконтроль эффективности и компетентность участников, активная роль участника, понятная постановка целей [62].

(31) Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента [63], предоставление доступных алгоритмов самоконтроля [99], использование специальных упаковок для дозирования препаратов, проведение мотивационных бесед, обеспечение передачи телеметрической информации из дома пациента, а также улучшение интеграции поставщиков медицинских услуг с вовлечением в процесс фармацевтов и медицинских сестер, при этом лучший результат дает сочетание этих способов [69]. При лечении крайне важно применять адекватные терапевтические режимы, минимизируя нежелательные эффекты и используя препараты с однократным применением в течение суток, предпочтительно в виде фиксированных комбинаций [24, 25, 57, 87, 113]. Приложения для мобильных телефонов могут улучшить приверженность как лекарственной терапии, так и модификации образа жизни [112].

(32) Несмотря на имеющиеся доказательства обратного, по-прежнему сохраняется тенденция к сосредоточению внимания на поиске проблем приверженности, связанных только с пациентами, при относительном пренебрежении факторами, связанными с поставщиками медицинских услуг и системой здравоохранения [2, 8, 56, 117, 118]. Отсутствие соответствия между готовностью лечиться со стороны пациента и готовностью лечить со стороны медицинского работника приводит к тому, что лечение часто назначают пациентам, которые не готовы следовать предложенному объему врачебных рекомендаций [35, 39, 41].

(33) В настоящее время не существует единых стратегий вмешательства для всех пациентов, состояний и условий, которые были бы эффективны в отношении повышения или поддержания приверженности. Поэтому мероприятия, направленные на приверженность, должны быть адаптированы к конкретным потребностям пациента, связанным с болезнью. Для достижения

of exercises into everyday life, social support and communication, communication and feedback, accessible information about the progress of exercises and monitoring, self-monitoring of the effectiveness and competence of participants, the active role of the participant, clear goal setting [62].

(31) *Treatment adherence is enhanced by adapting drug intake to the patient's habits [63], providing accessible self-monitoring algorithms [99], using special packages for dosing drugs, conducting motivational conversations, ensuring the transmission of telemetric information from the patient's home, as well as improving the integration of healthcare providers with the involvement of pharmacists and nurses in the process. A combination of these methods gives the best result [69]. During treatment, it is very important to apply adequate therapeutic regimens, minimizing undesirable effects and using drugs with a single taking regimen during the day, preferably in the form of fixed combinations. [24, 25, 57, 87, 113]. Smartphone apps can improve adherence to both drug therapy and lifestyle modification [112].*

(32) *Despite the evidence to the contrary, there is still a tendency to focus on finding adherence problems related only to patients, with relative neglect of factors related to health care providers and the health care system [2, 8, 56, 117, 118]. The lack of correspondence between the patients willingness to be treated and the medical professionals willingness to treat leads to the fact that treatment is often prescribed to patients who are not ready to follow the proposed scope of medical recommendations [35, 39, 41].*

(33) *Today there are not any single intervention strategies for all patients, conditions that are effective in increasing or maintaining adherence. Therefore, activities aimed at adherence should be adapted to the patient's specific needs associated with the disease. Health systems and health care providers must develop means to accurately assess both adherence and the factors that affect it to*

этой цели системы здравоохранения и поставщики медицинских услуг должны разработать средства точной оценки как приверженности, так и тех факторов, которые на нее влияют. Также необходим инструментарий консультирования медицинских работников по вопросам приверженности, адаптируемый к различным социально-экономическим условиям. Этот инструментарий должен охватывать три направления – знания (информация о приверженности), мышление (процесс принятия клинических решений) и действия (поведенческие инструменты для медицинских работников) [117].

(34) Необходим междисциплинарный подход к изучению приверженности и ее соблюдению и подготовка профессионального сообщества к приверженности реализации междисциплинарного подхода. Для разработки эффективных мер лечения на основе индивидуально оцениваемой и контролируемой приверженности необходимо создание междисциплинарных групп и тесное сотрудничество между работниками первичной медико-санитарной помощи и специалистами. Такими группами может быть обеспечен эффективный вклад как в создание междисциплинарных и специальных рекомендаций, так и в разработку автоматизированных систем поддержки принятия решений в отношении терапии, облегчающих согласование соответствующих фактических данных и принятие адекватных решений [112, 117].

(35) Стратегической целью системы качества в отношении приверженности должна быть постоянная готовность поставщиков медицинских услуг к оценке приверженности пациента лечению и предоставлению учитывающих это рекомендаций [35, 38]. Дальнейшее изучение теоретических основ формирования приверженности, наряду с оценкой перспективы лечения конкретного пациента, может предоставить клиницистам дополнительные возможности повышения способности пациента придерживаться рекомендациям [89]. Необходимы дальнейшие хорошо продуманные исследования для изучения последствий вмешательства, улучшающих способности принимать лекарства и приверженности к ним, в первую очередь у пожилых людей, которым назначают несколько лекарств [66].

achieve this goal. There is also a need for a tool for advising medical professionals on adherence issues, adaptable to various socio-economic conditions. This toolkit should cover three areas: knowledge (adherence information), thinking (clinical decision-making process) and actions (behavioral tools for healthcare professionals) [117].

(34) *There is a need for an interdisciplinary approach to the study of adherence and its observance and the preparation of the professional community for adherence to the implementation of an interdisciplinary approach. To develop effective treatment measures based on individually assessed and controlled adherence, it is necessary to create interdisciplinary groups and close cooperation between primary care workers and specialists. Such groups can provide an effective contribution both to the creation of interdisciplinary and special recommendations, and to the development of automated decision support systems for therapy, facilitating the coordination of relevant evidence and the adoption of adequate decisions [112, 117].*

(35) *The strategic goal of the quality system in relation to adherence should be the constant readiness of health care providers to assess the patient's adherence to treatment and provide recommendations that take this into account [35, 38]. Further study of the theoretical foundations of adherence formation, along with an assessment of the prospects for treatment of a particular patient, can provide clinicians with additional opportunities to increase the patient's ability to adhere to recommendations [89]. Further well-designed studies are needed to investigate the effects of interventions that improve the ability to take medications and adherence to them, primarily in older people who are prescribed multiple medical treatment regimen [66].*

Список литературы к разделу / *References to the section*

1. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии. *Сердечная Недостаточность* 2013;7(81):380-381. [Ageev F.T., Fofanova T.V., Smirnova M.D. *Metody ocenki, kontrolya i povysheniya priverzhennosti terapii. Serdechnaya Nedostatochnost'* 2013;7(81):380-381. (in Russian)]
2. Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Самих Е.Н. Причины низкой приверженности к лечению больных первичной остроугольной глаукомой. *Офтальмологические ведомости* 2010;3(4):37-39. [Alekseev V.N., Malevannaya O.A., Samih E.N. *Prichiny nizkoj priverzhennosti k lecheniyu bol'nyh pervichnoj ostrougol'noj glaukomoj. Oftal'mologicheskie vedomosti* 2010;3(4):37-39. (in Russian)]
3. Алексеева Т.С. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. *Системные гипертензии* 2013;12:19-22. [Alekseeva T.S. *Fakторы, vliyayushchie na priverzhennost' k modifikacii obraza zhizni v organizovannoj populyacii. Sistemnye gipertenzii* 2013;12:19-22. (in Russian)]
4. Андреев К.А., Плиндер М.А., Сидоров Г.Г., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. *Современные проблемы науки и образования* 2018;3:36-36. [Andreev K.A., Plinder M.A., Sidorov G.G., Skirdenko YU.P., Nikolaev N.A. *Osnovnyye trendy priverzhennosti k lecheniyu u kardiologicheskikh bol'nyh. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* 2018;3:36-36. (in Russian)]
5. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия. *Справочное руководство по диагностике и лечению*. М.: Ремедиум; 1999. 225 с. [Arabidze G.G., Belousov YU.B., Karpov YU.A. *Arterial'naya gipertoniya. Spravochnoe rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu*. M.: Remedium; 1999. 225 s. (in Russian)]
6. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. *Сообщение 1. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2007;1(2):7-9. [Vid V.D., Lutova N.B., Borcov A.V. *Ocenka sub'ektivnoj udovletvorennosti bol'nogo lecheniem v psixiatricheskom stacionare: sostoyanie voprosa. Soobshchenie 1. Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2007;1(2):7-9 (in Russian)]
7. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. *Сообщение 24. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2007;2(4):8-10. [Vid V.D., Lutova N.B., Borcov A.V. *Ocenka sub'ektivnoj udovletvorennosti bol'nogo lecheniem v psixiatricheskom stacionare: sostoyanie voprosa. Soobshchenie 1. Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2007;2(4):8-10 (in Russian)]
8. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2018;1.2(13):259-271. [Drapkina O.M., Livzan M.A., Martynov A.I., Moiseev S.V., Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P. et al. *The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. Medical news of North Caucasus* 2018;1.2(13):259-271 (in Russian)] DOI: <https://doi.org/10.14300/tnnc.2018.13039>
9. Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. *Клиническая медицина* 2015;9:20-2. [Efremova E.V., Menzorov M.V., Sabitov I.A. *Treatment compliance in patients with chronic heart failure and comorbidities. Klin. med.* 2015; 93 (9): 20–24. (in Russian)]
10. Жиленко О.М., Кукунгемер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П. Приверженность к лечению у больных хронической сердечной недостаточностью. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2017; 5: 37-40; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> (дата последнего доступа: 07.09.2019). [ZHilenko O.M., Kukengemer V.S., Neifel'd M.S., Skirdenko YU.P. *Priverzhennost' k lecheniyu u bol'nyh hronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu. Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. 2017; 5: 37–40]
11. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Гендерные особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией. *Международный журнал экспериментального образования* 2016;4(3):509-510. [ZHerebilov V.V., Skirdenko YU.P., Nikolaev N.A. *Gendernyye osobennosti priverzhennosti k lecheniyu u bol'nyh stabil'noy stenokardiej. Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* 2016;4(3):509-510.

priverzhennosti k lecheniyu u bol'nyh stabil'noj stenokardiej. *Mezhdunarodnyj zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* 2016;4(3):509-510. (in Russian)]

12. Журавская Н.Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговую инсульт, диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. М.; 2015. [Zhuravskaya N.YU. *Izuchenie priverzhennosti lekarstvennoj terapii bol'nyh serdechno-sosudistykh zabolevaniyami, perenesshih mozgovoy insul't, dissertaciya na soiskanie uchenoj stepeni kand. med. nauk. Gosudarstvennyj nauchno-issledovatel'skij centr profilakticheskoy mediciny. M.; 2015*]

13. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика*. 2020;19(3):2562. [Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. *Questionnaires and scores for assessing medication adherence – advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562 (in Russian)] doi:10.15829/1728-8800-2020-2562DOI:10.15829/1728-8800-2020-2562.

14. Лутова Н.Б. Взаимосвязь медикаментозного комплайенса и терапевтического альянса у больных психозами. *Вестник психотерапии*. 2012;44(49):23-29. [Lutova N.B. *Vzaimosvyaz' medikamentoznogo komplajensa i terapevticheskogo al'yansa u bol'nyh psihozami. Vestnik psixoterapii*. 2012;44(49):23-29(in Russian)]

15. Лутова Н.Б. Взаимосвязь между субъективной удовлетворенности лечением и комплайенса больных психозами. *Российский психиатрический журнал*. 2012;6:65-68. [Lutova N.B. *Relationship between subjective satisfaction with treatment and compliance in psychotic patients. Rossijskij psixiatricheskij zhurnal*. 2012;6:65-68. (in Russian)]

16. Лутова Н.Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2012;3:59-65. [Lutova N.B. *Komplaens i psixopatologicheskaya simptomatika. Obzrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Bekhtereva*. 2012;3:59-65(in Russian)]

17. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб. 2007. 17 с. [Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. *Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб. 2007. 17с. (in Russian)*]

18. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплайенс больных шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2010;2:33-36. [Lutova N.B., Makarevich O.V. *Vliyanie sem'i na medikamentoznyj komplajens bol'nyh shizofreniej. Obzrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Bekhtereva*. 2010;2:33-36 (in Russian)]

19. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002;1:8-12. [Lutova N.B., Neznanov N.G., Vid V.D. *Komplajens v psixiatrii i sposob ego ocenki. Psixiatriya i psixofarmakoterapiya*. 2002;1:8-12 (in Russian)]

20. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутия А.Ш. Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки. *Вестник Психотерапии*. 2020;5(80):60-6. [Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Hubutia A.Sh. *Level of adherence to treatment in patients with chronic renal failure before and after kidney transplantation. Vestnik Psixoterapii*. 2020;5(80):60-6 (in Russian)]

21. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю.В., и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. *Рекомендации ВНОК, 2011. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2011;5:72 [Marcevich S.YU., Kutishenko N.P., Tolpygina S.N., Lukina YU.V., i dr. *Effektivnost' i bezopasnost' lekarstvennoj terapii pri pervichnoj i vtovichnoj profilaktike serdechno-sosudistykh zabolevanij. Rekomendacii VNOK, 2011. Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii* 2011;5:7 (in Russian)]

22. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. *Клиническая фармакология и терапия* 2011;4(20):34–40 [Moissejev S.V. *How to improve compliance to dual antithrombotic treatment after acute coronary syndrome? Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* 2011;4(20):34–40 (in Russian)]

23. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. Психиатрия и психотерапевтическая реабилитация. 2004;4(6):159-162. [Neznanov N.G., Vid V.D. Problema komplajensa v klinicheskoj psixiatrii. Psixiatriya i psihofarmakoterapiya. 2004;4(6):159-162 (in Russian)]

24. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с. [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoj terapii. M.: Izdatel'skij dom «Akademija estestvoznaniya», 2008. 92 s. (in Russian)]

25. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. 178 с. [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya. M.: Izdatel'skij dom Akademii estestvoznaniya, 2015. 178 s. (in Russian)]

26. Николаев Н.А. Пациенториентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. Врач 2016;4:82-85 [N. Nikolaev Patient-oriented antihypertensive therapy: clinical guidelines for the practitioner. Vrach 2016;4:82-85 (in Russian)]

27. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Бойцов С.А., Драпкина О.М. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. Медицинский вестник Северного Кавказа 2019;2(14):283-301. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Bojcov S.A., Drapkina O.M., Sychev D.A., Livzan M.A., Skirdenko Yu.P. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. Medical news of North Caucasus. 2019;2(14):283-301. (in Russian)] DOI: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14072>

28. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. Терапия 2018;5:11-32. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M., Livzan M.A. dr. ot imeni Komitata ekspertov. Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu. Terapiya 2018;5:11-32 (in Russian)] DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2018.5.11-32>

29. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. Consilium-Medicum 2020;5:9-18 [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P. et al. Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations. RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. Consilium Medicum. 2020; 22 (5): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078 (in Russian)] DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078.

30. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа 2020;15(4):461-468. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P., Anisimov V.N., Vasilieva I.A. et al. Treatment management based on adherence: patient recommendation algorithms. Cross-disciplinary guidelines. Medical News of North Caucasus. 2020;15(4):461-468 (in Russian)] <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109>.

31. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Клиническая фармакология и терапия 2018;1(27):74-78. [N.A. Nikolayev, Yu.P. Skirdenko. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. Clin. Pharmacol. Ther., 2018, 27 (1), 74-78 (in Russian)]

32. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А., Горбенко А.В., Андреев К.А., Федорин М.М., Ливзан М.А., Чебаненко Е.В., Усов Г.М. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2021;17(6):845-852. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12. [Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P., Balabanova A.A., Gorbenko A.V., Andreev K.A., Fedorin M.M., Livzan M.A., Chebanenko E.V., Usov G.M. The Scale of Quantitative Assessment Adherence to Treatment «QAA-25»: Updating of Formulations, Constructive and Factor Validity and a Measure of Consent. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(6):845-852 (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-12-12>

33. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2017;5(13):609-614 [Nikolayev N.A., Skirdenko Y.P., Bunova S.S., Ershov A.V. Rational

pharmacotherapy in cardiology: from routine control to effective management. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(5):609-614. (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614>

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

35. Оруджова Л.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Роль полиморбидности и полипрагмазии в приверженности к лечению кардиоваскулярных больных. *Medical review* 2016;3:102-103. [Orudzhova L.A., Skirdenko YU.P., ZHerebilov V.V., Nikolaev N.A. Rol' polimorbidnosti i polipragmazii v priverzhennosti k lecheniyu kardiovaskulyarnyh bol'nyh. *Medical review* 2016;3:102-103(in Russian)]

36. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое снижение сердечно-сосудистой смертности. *Кардиология* 2007;3:79–84. [Pogosova G.V. *Uluchshenie priverzhennosti k lecheniyu arterial'noj gipertonii i ishemicheskoy bolezni serdca – klyuchevoe snizhenie serdechnosudistoj smertnosti. Kardiologiya* 2007;3:79–84 (in Russian)]

37. Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я.П., Долотовская П.В., Фурман Н.В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2011;5(7):567–573. [Puchin'yan N.F., Dovgalevskiy Ya.P., Dolotovskaya P.V., Furman N.V. *The adherence to recommended therapy in patients after acute coronary syndrome, and risk of cardiovascular complications within a year after hospital admission. Rational Pharmacother. Card.* 2011;7(5):567-573 (in Russian)]

38. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. *Российский кардиологический журнал* 2019;2:64-69 Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A. *Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. Russian Journal of Cardiology*. 2019;(2):64-69. (in Russian)] <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2019-2-64-69>

39. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. *Терапевтический архив* 2018;1:17-21. [Skirdenko Ju.P., Nikolaev N.A. *Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. Terapevticheskij arhiv* 2018;1:17-21. (in Russian)] DOI: 10.17116/terarkh201890117-21

40. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Переверзева К.Г., Тимакова А.Ю., Галус А.С., Якушин С.С. Современная антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий: приверженность пациентов в клинической практике. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(1):49-55. [Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A., Pereverzeva K.G., Timakova A.Yu., Galus A.S., Yakushin S.S. *Modern Anticoagulant Therapy for Atrial Fibrillation: Patient Adherence in Clinical Practice. Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(1):49-55. (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2022-02-03>.

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

42. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;4(116):32-36. DOI 10.17116/jnevro20161164132-36. [Sorokin M.Yu., Lutova NB, Wied VD. *A role of motivation for treatment in the structure of compliance in psychopharmacologically treated patients. Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2016;116(4):32-36. (in Russian)] <https://doi.org/10.17116/jnevro20161164132-36>

43. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Типология больных психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;2(28):12-17. [Sorokin M.Yu., Lutova N.B., Wied V.D. *Typology of*

psychiatric patients in regard motivation and treatment engagement. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2018;2(28):12-17. (in Russian)]

44. Строчкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. Современные исследования социальных проблем 2012;1:1169–1190. [Strokova E., Naumova E., Schwartz Yu. Influence of an internal picture of illness, coping-strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity. *Sovremennye issledovaniya social'nyh problem* 2012;1:1169–1190. (in Russian)]

45. Строчкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Динамика аффективных расстройств на фоне длительного приема аторвастатина, отношение к болезни и приверженность к лечению статином пациентов с высоким риском развития ИБС. Современные проблемы науки и образования 2011;6:18. [Strokova E.V., Naumova E.A., SHvarc YU.G. Dinamika affektivnyh rasstrojstv na fone dlitel'nogo priema atorvastatina, otnoshenie k bolezni i priverzhennost' k lecheniyu statinom pacientov s vysokim riskom razvitiya IBS. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* 2011;6:18. (in Russian)]

46. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие. Фундаментальные исследования 2007;9:57–58. [Tarasenko E.V., Naumova E.A., SHvarc YU.G. Priverzhennost' k dlitel'nomu lecheniyu i faktory na nee vliyayushchie. *Fundamental'nye issledovaniya* 2007;9:57–58. (in Russian)]

47. Фесенко Э.В., Коновалов Я.С., Аксенов Д.В., Перельгин К.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация 2011;22(16/1):95–99. [Fesenko E.V., Konovalov YA.S., Aksenov D.V., Perelygin K.V. *Sovremennye problemy obespecheniya priverzhennosti pacientov pozhilogo vozrasta s serdechno-sosudistoj patologiej k farmakoterapii. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Medicina. Farmaciya* 2011;22(16/1):95–99. (in Russian)]

48. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. Качественная Клиническая Практика 2003;4:59–66. [Hohlov A.L., Lisenkova L.A., Rakov A.A. Analiz faktorov, opredelyayushchih priverzhennost' k antigipertenzivnoj terapii. *Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika* 2003;4:59–66. (in Russian)]

49. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2018;39:3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

50. Aliotta S.L., Vlasnik Jon J., DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. *Advances in Therapy* 2004;21(4):214–231.

51. Alphs L., Nasrallah H., Bossie C., Fu D-J., Gopal S., Hough D., Turkoz I. Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy. *Int Clin Psychopharmacol* . 2016 Jul;31(4):202-9. DOI: 10.1097/YIC.000000000000125.

52. Bakris G.L., Lindholm L.H., Black H.R., Krum H., Linas S., Linseman J.V., Arterburn S., Sager P., Weber M. Divergent results using clinic and ambulatory blood pressures: report of a darusentan-resistant hypertension trial. *Hypertension* 2010;56:824–830.

53. Barkhof E., Meijer C.J., de Sonnevile L.M.J., Linszen D.H., de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia--a review of the past decade. *Eur Psychiatry* . 2012 Jan;27(1):9-18. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.005. Epub 2011 May 10.

54. Benson J., Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 2003;326(7402):1314–5.

55. Berra E, Azizi M, Capron A, Hoiegggen A, Rabbia F, Kjeldsen SE, Staessen JA, Wallemacq P, Persu A. Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension* 2016;68:297–306.

56. Birtwhistle R.V., Godwin M.S., Delva M.D., Casson R.I., et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328(7433):204.

57. Burnier M, Brede Y, Lowy A. Impact of prolonged antihypertensive duration of action on predicted clinical outcomes in imperfectly adherent patients: comparison of aliskiren, irbesartan and ramipril. *Int J Clin Pract* 2011;65:127–133

58. Burnier M. Managing 'resistance': is adherence a target for treatment? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2014;23:439–443.
59. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur. Heart J* 2013;34(38):2940–8.
60. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther* 2001;23(8):1296–310.
61. Coleman C.I., Limone B., Sobieraj D.M., Lee S., et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J. Manag. Care Pharm* 2012;18(7):527–39.
62. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, Gasque P, Fernández-Del-Olmo MÁ, Amado-Alonso D. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 19;18(4):2023. doi: 10.3390/ijerph18042023.
63. Conn VS, Ruppar TM, Chase JA, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2015;17:94.
64. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, Mancina G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens* 2011;29:610–618.
65. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L, Cesana G, Mancina G. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens* 2008;26:819–824.
66. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 8;5(5):CD012419. doi: 10.1002/14651858.
67. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf. Дата последнего доступа: 07.09.2019.
68. Fagard RH. Resistant hypertension. *Heart* 2012;98:254–261.
69. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 2015;28:1209–1221.
70. Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2003;16(64):10-13.
71. Gaebel W. Towards the improvement of compliance: the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs. *Int. Clin. Psychopharmacol*. 1997; 1(12):37-42.
72. Gale NK, Greenfield S, Gill P, Gutridge K, Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2011;12:59
73. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs* 2003;2(4):323.
74. Gupta P, Patel P, Strauch B, Lai FY, Akbarov A, Gulsin GS, Beech A, Maresova V, Topham PS, Stanley A, Thurston H, Smith PR, Horne R, Widimsky J, Keavney B, Heagerty A, Samani NJ, Williams B, Tomaszewski M. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension* 2017;70:1042–1048.
75. Gupta P, Patel P, Horne R, Buchanan H, Williams B, Tomaszewski M. How to screen for non-adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep* 2016;18:89.
76. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, Boriani G, Castella M, Dan GA, Dilaveris PE, Fauchier L, Filippatos G, Kalman JM, La Meir M, Lane DA, Lebeau JP, Lettino M, Lip GYH, Pinto FJ, Thomas GN, Valgimigli M, Van Gelder IC, Van Putte BP, Watkins CL; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021 Feb 1;42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
77. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009;119(23):3028–35.

78. Hwang S.L., Liao W.C., Huang T.Y. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Jpn. J. Nurs Sci* 2014;11(4):290-98.
79. Ickovics J.R., Meisler A.W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J. Clin. Epidemiol* 1997;50(4):385-91.
80. Intas G., Kalogianni A., Stergiannis P., Bratakos M. et al. Development and validation of a diabetes self-care activities questionnaire // *Journal of Diabetes Nursing*. 2012, Vol. 16, №3, P. 100-110.
81. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P., Takala J., et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 2003;12(1):49-55.
82. Jung O, Gechter JL, Wunder C, Paulke A, Bartel C, Geiger H, Toennes SW. Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *J Hypertens* 2013;31:766-774.
83. Kastrissios H., Suárez J.R., Hammer S., Katzenstein D., et al. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. *AIDS* 1998;12(17):2305-11.
84. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension* 2011;58:804-810.
85. Laurent S, Schlaich M, Esler M. New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet* 2012;380:591-600.
86. Levine D.A., Morgenstern L.B., Langa K.M., Piette J.D., et al. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann. Neurol* 2013;73(2):180-8.
87. Lowy A, Munk VC, Ong SH, Burnier M, Vrijens B, Tousset EP, Urquhart J. Effects on blood pressure and cardiovascular risk of variations in patients' adherence to prescribed antihypertensive drugs: role of duration of drug action. *Int J Clin Pract* 2011;65:41-53.
88. Mancia G, Rea F, Cuspidi C, Grassi G, Corrao G. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. *J Hypertens* 2017;35:225-233
89. Maffoni M, Traversoni S, Costa E, Midão L, Kardas P, Kurczewska-Michalak M, Giardini A. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience. *Eur Geriatr Med* 2020 Jun;11(3):369-381. doi: 10.1007/s41999-020-00313-2.
90. Mazzaglia G., Ambrosioni E., Alacqua M., Filippi A., et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120(16):1598-605.
91. McDonnell P.J., Jacobs M.R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann. Pharmacother* 2002;36(9):1331-6.
92. Misdrahi D., Llorca P.M., Lançon C., Bayle F.J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2001;28(3):266-72.
93. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10 (5): 348-354.
94. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med. Care*. 1986; 24: 67-74.
95. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125:882-887.e1.
96. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko YU.P., Drapkina O.M., Livzan M.A., Moiseev S.V., on behalf of the Working group and Committee of experts. The first Russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment. *Medical News of North Caucasus* 2019;14(3):424-434. DOI:10.14300/mnnc.2019.14072.
97. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med* 2005;353(5):487-97.
98. O'Shea B. Non-compliance and related phenomena. *Irish. J. Psychol. Med.* 1995;12(2):72-76.
99. Parati G, Omboni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit* 2010;15:285-295.
100. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), "Targeting Adherence", May 2008. <https://www.pgeu.eu/en/policy/5-adherence.html>. Дата последнего доступа: 07.09.2019.
101. Piatkowska O., Fernill D. Medication – Compliance and Practical Handbook / ed. by D.G. Kavanach. London^ Charman & Hall. 1992:339-355.
102. Rodgers P.T., Ruffin D.M. Medication nonadherence: Part II--A pilot study in patients with congestive heart failure. *Manag. Care Interface* 1998;11(9):67-9.

103. Schedlbauer A., Davies P., Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane database Syst. Rev* 2010;3:CD004371.
104. Schiff G.D., Fung S., Speroff T., McNutt R.A. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *Am. J. Med* 2003;114(8):625–30.
105. Senst B.L., Achusim L.E., Genest R.P., Cosentino L.A., et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am. J. Health. Syst. Pharm* 2001;58(12):1126–32.
106. Skirdenko Ju.P., Zherebilov V.V., Nikolaev N.A. Predictors of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Applied and Fundamental Research*.2016;5. www.science-sd.com/467-25081. Дата последнего доступа: 13.09.2016.
107. Sorokin M.Y., Neznapanov N.G., Lutova N.B., Wied V.D. Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2021;3(2):17-25. DOI 10.17816/CP93.
108. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, Milas NC, Mattfeldt-Beman M, Belden L, Bragg C, Millstone M, Raczynski J, Brewer A, Singh B, Cohen J, Trials for the Hypertension Prevention Research G. Long- term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1–11.
109. Tiffe T, Wagner M, Rucker V, Morbach C, Gelbrich G, Stork S, Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovasc Disord* 2017;17:276.
110. Tomaszewski M, White C, Patel P, Masca N, Damani R, Hepworth J, Samani NJ, Gupta P, Madira W, Stanley A, Williams B. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart* 2014;100:855–861.
111. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, Capodanno D, Conradi L, Bonis MD, Paulis RD, Delgado V, Freemantle N, Gilard M, Haugaa KH, Jeppsson A, Jüni P, Pierard L, Prendergast B D, Sádaba J R, Tribouilloy C, Wojakowski W. ESC/EACTS Scientific Document Group, 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal* (2022) 43, 561–632 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>.
112. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco OH, Halvorsen S, Hobbs FDR, Hollander M, Jankowska EA, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglu L, Tonstad S, Tsioufis KP, van Dis I, van Gelder IC, Wannan C, Williams B; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
113. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114–1117.
114. Waeber B., Leonetti G., Kolloch R., McInnes G.T. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *J. Hypertens* 1999;17(7):1041–5.
115. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH Jr, Kostis JB, Kumanyika S, Lacy CR, Johnson KC, Folmar S, Cutler JA. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839–846.
116. Wircht E.C. Noncompliance or how many aunts has Matilda? *Lancet*. 1993;342:909-913.
117. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211 pp.
118. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. Дата последнего доступа: 07.09.2019.
119. Zygumt A., Olfson M., Boyer C., Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1653-64. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.10.1653.

III. ОБЗОР ВАЖНЕЙШИХ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

III. REVIEW OF THE MOST IMPORTANT MODERN RUSSIAN STUDIES OF TREATMENT ADHERENCE

Основой настоящей главы послужили результаты важнейших российских исследований в области приверженности, опубликованные в ведущих отечественных научных изданиях в последние 5 лет, и размещенные в РИНЦ.

Рабочей группой был осуществлен поиск публикаций по семнадцати разделам клинической медицины, представители которых наиболее полно представлены в её коллективе: анестезиология, реаниматология и медицина критических состояний; акушерство и гинекология; вакцинопрофилактика; гастроэнтерология; гематология и онкогематология; геронтология; кардиология; неврология; неонатология; онкология; офтальмология; педиатрия; психиатрия; пульмонология; ревматология; урология; фтизиатрия. Указанное не ограничивает последующий научный поиск только перечисленными направлениями и не исключает включения других разделов клинической медицины с анализом исследований приверженности в следующих изданиях Руководства.

Безусловно, перечень материалов, приводимых в настоящей главе, не исключает, что существуют значимые отечественные исследования в области приверженности лечению, которые по каким-то причинам не были учтены Рабочей группой, либо информация о них отсутствовала в РИНЦ на дату завершения научного поиска. Поскольку Рабочая группа является постоянно действующей, все предложения и дополнения могут быть в любое время направлены ей для рассмотрения и принятия решения о возможности публикации таких материалов и сведений в следующих изданиях Руководства.

3.1. Приверженность лечению в анестезиологии, реаниматологии и медицине критических состояний / *Adherence to treatment in anesthesiology, intensive care and critical condition medicine*

В РИНЦ отсутствуют научные публикации, посвященные изучению приверженности лечению пациентов отделений интенсивной терапии и реанимационных отделений. Это объясняется

This chapter presents the results of the most important Russian studies in the field of adherence. These studies have been published in leading Russian scientific publications in the last 5 years and are posted in the RSCI.

The Working Group studied publications on seventeen sections of clinical medicine: anesthesiology, intensive care and critical care medicine; obstetrics and gynecology; vaccination; gastroenterology; hematology and oncohematology; gerontology; cardiology; neurology; neonatology; oncology; ophthalmology; pediatrics; psychiatry; pulmonology; rheumatology; urology; phthisiology. The listed sections do not limit scientific search and do not exclude the inclusion of other sections in future editions of the manual.

The list of materials presented in this chapter does not exclude the existence of other significant domestic studies in the field of treatment adherence. All proposals and additions can be sent to the working group at any time. We will review them and decide on the possibility of publication in future editions of the Manual.

There are no scientific publications in the RSCI devoted to the study of adherence to the treatment of patients in intensive care units. It is explained by the severity of the patients' condition, and the lack

как сложностью оценки приверженности таких лиц в связи с тяжестью их состояния, так и неразработанностью технологий оценки приверженности для таких категорий пациентов. Другим ограничивающим фактором является наличие у таких пациентов ведущей патологии, курируемой врачами других специальностей, что определяет проведение исследований приверженности и возможные публикации с оценкой приверженности по профилям основных заболеваний.

В то же время вопрос приверженности лечению не только этой категории пациентов, но и их законных представителей (попечителей), обеспечивающих временный или постоянный уход за ними, представляет научный и практический интерес, что должно быть изучено в исследованиях надлежащего качества.

of adherence assessment technologies for such categories of patients. Another factor is the presence of a leading pathology in such patients. These patients are supervised by doctors of other specialties. This determines the conduct of adherence studies and possible publications on the profiles of major diseases.

Legal representatives providing patient care are also of scientific and practical interest.

3.2. Приверженность лечению в акушерстве и гинекологии / *Adherence to treatment in obstetrics and gynecology*

Профессиональным научным сообществом ведется разработка ограниченного количества направлений, посвященных вопросам приверженности лечению в акушерстве и гинекологии.

A limited number of areas devoted to treatment adherence in obstetrics and gynecology is being developed by professional scientific community.

В 2014 г. Е.В. Цаллаговой опубликована обзорная статья, в которой рассматривается понятие приверженности к лечению и комплаентности пациентов с папилломавирусной инфекцией [67]. Еще в одном обзоре литературы 2014 г. подчеркивается важность повышения приверженности лечению в терапии гинекологических и онкогинекологических заболеваний [60].

In 2014, a review article was published by E.V. Tsallagova. The concept of adherence to the treatment of patients with papillomavirus infection is examined in this work [67]. Another literature review in 2014 emphasizes the importance of increasing adherence to treatment in gynecological and oncogynecological diseases [60].

В 2020 г. выполнено исследование с участием 184 беременных женщин с артериальной гипертензией, из которых у 112 имелась хроническая артериальная гипертензия, а у 81 – артериальная гипертензия на фоне гестоза. Оценка приверженности осуществлялась путем анкетирования модифицированным опросником Мориски-Грина-Левине. Среди женщин с хронической артериальной гипертензией высоко привержены лечению оказались лишь 9% респондентов. В то же время среди участниц, страдающих артериальной гипертензией на фоне гестоза, высокоприверженными являлись 71% женщин. Полученные различия авторы исследования объяснили наличием более высокой мотивации участниц второй группы [21].

In 2020, a study was carried out with the participation of 184 pregnant women with arterial hypertension. 112 patients had chronic arterial hypertension. 81 had gestational arterial hypertension. The assessment of adherence was carried out by means of a questionnaire with a modified Morisky-Green-Levine questionnaire. Among women from the first group, only 9% of respondents were highly adhered to treatment. At the same time, among the participants of the second group, 71% of women were highly adhered. The authors of the study explained the differences by the presence of higher motivation of the participants of the second group [21].

В 2021 г. опубликована работа, посвященная вопросу самоконтроля гликемии у беременных с гестационным сахарным диабетом, подчеркивающая важность активного участия пациентки с гестационным сахарным диабетом в лечении, включая приверженность самоконтролю глюкозы крови [6].

Таким образом, отечественная наука нуждается в повышении объема доказательной базы в области приверженности лечению у пациентов акушерского и гинекологического профиля. Описание проблем приверженности лечению представлено скудно и, на сегодняшний день, крайне редко завершается публикацией оригинальных исследований в данной области.

3.3. Приверженность лечению в вакцинопрофилактике / *Adherence to treatment in vaccinoprophylaxis*

В 2019 г. опубликовано исследование с оценкой отношения к вакцинации населения. В исследовании было сформировано 3 группы: 120 матерей, находящихся в детской больнице по уходу за детьми, 250 студентов 4–6 курсов лечебного факультета Рязанского государственного медицинского университета и 45 врачей-педиатров амбулаторного звена. Анкетирование проводилось с использованием авторского набора вопросов: 30 вопросов с возможными вариантами ответов для родителей и 20 вопросов для студентов и врачей без предлагаемых вариантов ответов. Среди родителей положительное отношение к вакцинации выявлено лишь в 60 % случаев, высокая тревога в связи с возможным развитием поствакцинальных осложнений выявлена у 90 % матерей, установлена недостаточная информированность и инертность в приобретении знаний по вопросам вакцинации. Среди студентов выявлена положительная тенденция в приобретении теоретических знаний о вакцинопрофилактике от младших курсов к старшим, однако среди них отмечена недостаточная практическая ориентированность. Врачи-педиатры амбулаторного звена с осторожностью относятся к вакцинации, особенно детей с хроническими заболеваниями. Результаты анкетирования продемонстрировали невысокую приверженность вакцинации среди различных групп населения [18].

В другом исследовании 2019 г. проведено анкетирование на предмет отношения к иммунопрофилактике 1147 студентов гуманитарных, технических и медицинских вузов, 214 родителей и 512 врачей различных специальностей.

In 2021, a paper was published on the issue of self-control of glycemia in pregnant women with gestational diabetes mellitus. The importance of the patient's active participation in treatment, including adherence to self-control of blood glucose, is emphasized [6].

Russian science needs to increase the volume of evidence base in the field of adherence to treatment in obstetric and gynecological patients. The description of the problems is presented sparsely.

In 2019, a study was published with an assessment of the attitude to vaccination of the population. 3 groups were formed in the study. The first contained 120 mothers who are in the pediatric hospital for childcare, the second consisted of 250 students of 4–6 courses of the medical faculty of Rязан State Medical University. The third group consisted of 45 outpatient pediatricians. The survey was conducted using the author's set of questions. 30 questions with possible answers for parents and 20 questions for students and doctors without suggested answers. A positive attitude to vaccination was revealed among parents only in 60% of cases. High anxiety in connection with the possible development of post-vaccination complications was detected in 90% of mothers. Insufficient awareness and inertia in the acquisition of knowledge on vaccination issues have been established. A positive trend was revealed among students in obtaining theoretical knowledge about vaccination from junior to senior courses. However, there is a lack of practical orientation among them. Outpatient pediatricians are cautious about vaccination. Especially in relation to children with chronic diseases. The survey results demonstrated low adherence to vaccination among various population groups [18].

In another study in 2019, a questionnaire was conducted on the attitude to immunoprophylaxis of three population groups. The first consisted of 1147 students of humanitarian sciences, technical and medical universities. The second contained

Анкетирование осуществлялось авторскими наборами вопросов, адаптированными под каждую группу. Выявлена низкая приверженность населения и медицинских работников иммунопрофилактике и высокое доверие родителей антивакцинальным мифам. Среди студентов технического профиля положительное отношение к иммунопрофилактике показали всего 37%, а гуманитарных – 33% респондентов. Отношение к иммунопрофилактике у студентов медицинского вуза и врачей составило 76% и 80% – соответственно [10].

Выполненное в 2020 г. исследование приверженности врачей-педиатров с участием 175 врачей, опрошенных авторским набором вопросов, продемонстрировало недостаточную приверженность иммунопрофилактике инфекционных болезней. Так, 13% опрошенных врачей не были знакомы с рекомендациями по вакцинации беременных женщин против гриппа, а 24% не были информированы о возможностях, эффективности и безопасности вакцинации беременных женщин против коклюша. При этом в эффективности вакцинопрофилактики были убеждены 76% респондентов, в безопасности – 71% респондентов [13].

Особенно актуальными вопросы приверженности вакцинопрофилактике становятся в условиях пандемии COVID-19. В 2021 году были представлены результаты исследования оценки приверженности вакцинопрофилактике среди различных групп населения и профессиональных контингентов, проживающих в крупном городе. Опрос проводился с использованием авторских анкет. Участие приняли 965 родителей и 2632 сотрудников медицинских организаций. Среди сотрудников 1422 человек проанкетированы до начала пандемии COVID-19, в «первую волну» пандемии – 572 и во «вторую волну» – 638 человек. Анкетирование осуществлялось с использованием электронных онлайн-ресурсов. Установлено, что среди родителей 78,8% человек положительно относились к вакцинации, 14,6% сомневались в их эффективности и безопасности, 6,6% отрицали необходимость вакцинации. Основным источником информации, формирующим отношение к прививкам родителей, было мнение медицинских работников. При опросе 1422 медицинских сотрудников было выявлено 190 человек (13,3%), негативно относящихся к вакцинации. При оценке приверженности сотрудников медицинских организаций вакцинопрофилактике новой коронавирусной инфекции отношение к прививке было неоднозначным, особенно в группе среднего медицинского

214 parents. The third contained 512 doctors of various specialties. The survey was carried out by author's sets of questions for each group. The low adherence of the population and medical workers to immunoprophylaxis and the high trust of parents in anti-vaccination myths were revealed. Among technical students, only 37% showed a positive attitude to immunoprophylaxis. Humanitarian – 33% of respondents. The positive attitude to immunoprophylaxis among medical university students and doctors was 76% and 80%, respectively [10].

In 2020, a study of the adherence of pediatricians was carried out with the participation of 175 doctors. The author's set of questions was used. Insufficient adherence to immunoprophylaxis of infectious diseases has been demonstrated. 13% of the doctors surveyed were not familiar with the recommendations for vaccination of pregnant women against influenza. 24% of doctors were not informed about the possibilities, effectiveness and safety of vaccination of pregnant women against whooping cough. 76% and 71% of respondents were convinced of the efficacy and safety of vaccination, respectively [13].

The issues of adherence to vaccination are becoming especially relevant in the context of the COVID-19 pandemic. In 2021, the results of a study assessing adherence to vaccination among various population groups were presented. The survey was conducted using author questionnaires. 965 parents and 2632 employees of medical organizations took part. Among the employees, 1,422 people were surveyed before the COVID-19 pandemic. In the "first wave" of the pandemic – 572. In the "second wave" – 638 people. The survey was carried out using electronic online resources. Among parents, 78.8% of people had a positive attitude to vaccination. 14.6% of parents doubted their effectiveness and safety. 6.6% of parents denied the need for vaccination. Medical workers were the main source of information regarding vaccination. A survey of 1,422 medical staff revealed 190 people (13.3%) who have a negative attitude to vaccination. When assessing the adherence of employees of medical organizations to the vaccination of a new coronavirus infection, the attitude to vaccination was ambiguous. Especially in the group of secondary medical personnel and female employees of non-medical specialties. According to the authors of the study, these groups may form negative attitudes towards vaccinations in other categories of the population [14].

персонала и сотрудников немедицинских специальностей женского пола, которые, по мнению авторов исследования, являются потенциальной группой риска по формированию негативного отношения к прививкам и могут выступить в роли «лидеров мнений» по этому вопросу для других категорий населения [14].

В другом исследовании 2021 г. приняли участие 74 человека студента фармацевтического факультета медицинского университета и 84 человека без медицинского образования. Анкетирование осуществлялось с помощью авторского набора вопросов через 2–5 месяцев после регистрации первой вакцины от коронавируса «Спутник V». Так на момент проведения исследования, 9% лиц без медицинского образования и 1,8% фармацевтических работников заявляли о необходимости вакцинироваться при первой возможности. Подождать, а не вакцинироваться, предпочли бы 83% фармацевтических работников и 79% населения. Авторы исследования заявили о недостаточной приверженности иммунопрофилактике коронавирусной инфекции как среди опрошенных фармацевтических работников, так и среди населения без медицинского образования, и о необходимости проведения учебной, информационной и информационно-просветительской работы [41].

В 2022 г. опубликовано исследование роли образовательного компонента в формировании приверженности населения к вакцинации. Участие в исследовании приняли 650 человек без медицинского образования, которым был проведен цикл очных образовательных мероприятий, и 3000 медицинских работников различных специальностей человек, которым была представлена серия тематических вебинаров. После проведения обучающих мероприятий, доля студентов, положительно относящихся к вакцинопрофилактике, выросла на 16% – с $41,0 \pm 5,6\%$ до $57,0 \pm 6,0\%$. Уровень информированности о наличии вакцинации против пневмококковой инфекции вырос на 75,9% – с $21,2 \pm 4,5\%$ при исходном опросе до $97,1 \pm 2,0\%$ – в итоговом. Информированность о контингентах, подлежащих вакцинации против пневмококковой инфекции, увеличилась на 78% (доля респондентов, изначально затруднившихся ответить на этот вопрос, снизилась с $85,3 \pm 3,9\%$ до $7,2 \pm 3,1\%$). Доля врачей, готовых рекомендовать вакцинацию против пневмококковой инфекции, увеличилась с $82,1 \pm 1,4\%$ до $97,0 \pm 0,6\%$. Авторы исследования утверждают, что при формировании приверженности к вакцинации важнейшую роль играет образовательный компонент [9].

Another study in 2021 involved students of the Faculty of Pharmacy and people without medical education (74 and 84 people, respectively). The survey was carried out using the author's set of questions. Respondents were vaccinated 2–5 months after the registration of the first vaccine against the coronavirus "Sputnik V". 9% of people without medical education and 1.8% of pharmaceutical workers stated the need to be vaccinated at the earliest opportunity. 83% of pharmaceutical workers and 79% of the population preferred to wait. The authors of the study stated insufficient adherence to immunoprophylaxis of coronavirus infection both among the interviewed pharmaceutical workers and among the population without medical education. It is necessary to conduct educational and informational work [41].

In 2022, a study on the role of education in shaping the population's adherence to vaccination was published. 650 people without medical education took part in the study. He conducted a cycle of full-time educational events. And 3,000 medical workers of various specialties people. A series of thematic webinars was presented for them. After the training, the proportion of students with a positive attitude to vaccination increased by 16% – from $41.0 \pm 5.6\%$ to $57.0 \pm 6.0\%$. Awareness of the availability of vaccination against pneumococcal infection increased by 75.9% – from $21.2 \pm 4.5\%$ to $97.1 \pm 2.0\%$. Awareness of the contingents to be vaccinated against pneumococcal infection increased by 78%. The proportion of doctors willing to recommend vaccination against pneumococcal infection increased from $82.1 \pm 1.4\%$ to $97.0 \pm 0.6\%$. The authors of the study claim that the educational component plays an important role in the formation of adherence to vaccination [9].

Таким образом, вопрос приверженности вакцинопрофилактике становится все более актуальным и позволяет говорить о недостаточном уровне приверженности и информированности о вакцинации как среди населения в целом, так и среди медицинских работников. В то же время в отечественной литературе представлено ограниченное количество исследований, посвященное методам коррекции недостаточной приверженности постановке вакцин.

The issue of adherence to vaccination becomes more and more relevant. The level of adherence and awareness about vaccination among the population and among medical professionals is insufficient. There are few studies in the Russian literature devoted to methods of correcting insufficient adherence to the formulation of vaccines.

3.4. Приверженность лечению в гастроэнтерологии / *Adherence to treatment in gastroenterology*

В 2016 г. опубликовано исследование, описывающее степень влияния отдельных факторов на приверженность терапии пациентов, страдающих заболеваниями пищеварительного тракта. Участие в исследовании принял 151 пациент, среди которых 57 больных синдромом раздражённого кишечника, 57 человек с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 37 пациентов страдали язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Приверженность оценивали с помощью валидизированного теста Мориски–Грина. Было установлено, что большинство (51%) больных гастроэнтерологического профиля недостаточно привержены рекомендациям врача, а наибольшее влияние на уровень приверженности у таких больных оказывает наличие психических расстройств [17].

In 2016, the study was published. It describes the extent to which individual factors influence the adherence of patients with digestive tract diseases. The study involved 151 patients. Among them, 57 patients had irritable bowel syndrome. 57 people had gastroesophageal reflux disease. 37 patients had gastric and duodenal ulcer disease. Adherence was assessed using a validated Mauriski-Green test. Most (51%) patients were insufficiently adhered to doctor's recommendations. The greatest influence on the level of adherence in such patients is the presence of mental disorders [17].

В 2017 г. опубликованы результаты проспективного рандомизированного исследования с участием 84 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (из них 32 пациента с неэрозивной рефлюксной болезнью и 52 пациента с рефлюксным эзофагитом), принимавших ингибиторы протонной помпы. В течение 12 месяцев пациенты совершали пять визитов в исследовательский центр: инициальный визит, затем через две недели, через 3 месяца, через 6 месяцев и через 12 месяцев. Приверженность оценивалась на основании длительности участия в исследовании и с помощью шкалы Мориски–Грина. На первом визите путем рандомизации 1:1 определялись участники образовательной программы. Авторы исследования заявили о недостаточной приверженности лечению у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью – лишь 32 (38%) пациентов посетили все 5 визитов в рамках протокола. Проведенная образовательная программа позволила повысить приверженность инициальной терапии и не оказала значимого влияния на приверженность поддерживающей

In 2017, the results of a prospective randomized study were published. 84 patients with gastroesophageal reflux disease participated: 32 patients with non-erosive reflux disease and 52 patients with reflux esophagitis. Participants were taking proton pump inhibitors. In 12 months, patients visited the research center for 5 times. An initial visit, then two weeks away from it, three months, six months, and 12 months away from initial visit. Adherence was assessed on the basis of the duration of participation in the study and using the Morisca-Green scale. On the first visit, participants of the educational program were identified by randomizing 1:1. The study stated that there was a lack of adherence to treatment in GERD patients. Only 32 (38%) of patients made all 5 visits under the protocol. The educational program increased adherence to initial therapy and did not make a significant impact on adherence to maintenance therapy by proton pump inhibitors. Factors associated with a high adherence to treatment were identified: the presence of chronic diseases and constant medication

терапии ингибиторами протонной помпы. Наличие хронических заболеваний и прием на постоянной основе лекарственных средств по поводу другой патологии, минимальная выраженность аффективно-ригидных черт личности ассоциировались с более высокой приверженностью лечению у участников исследования [53].

В 2018 г. проведено исследование качества жизни и приверженности к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С. Участие в исследовании приняли 138 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет с хроническим вирусным гепатитом С, лечившихся амбулаторно. Качество жизни определяли с помощью краткой формы адаптированного русифицированного специализированного опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), приверженность лечению оценивалась с помощью шкалы Мориски-Грина. Результаты исследования продемонстрировали низкую приверженность лечению больных гепатитом С. Также в исследовании была установлена связь умеренной силы между приверженностью лечению и качеством жизни по шкалам физического здоровья – «Общее восприятие здоровья», «Физическая активность», «Роль эмоциональная проблем в ограничении жизнедеятельности», «Социальная активность», «Физическая боль» [37].

В этом же году опубликованы результаты исследования, продемонстрировавшие приверженность лечению больных циррозом печени с участием 43 пациентов. Для оценки приверженности пациентов лечению применяли опросник «Уровень комплаентности». Авторы декларируют высокий уровень приверженности лечению у пациентов, при этом наибольшая приверженность установлена у больных с циррозом печени класса В по Чайльду-Пью, а наименьшая – у больных класса С по Чайльду-Пью [44].

Еще в одном исследовании, опубликованном в 2018 г., проведена оценка влияния родительской комплаентности на показатели качества жизни при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника. Участие в исследовании приняли 105 детей старшего школьного возраста (12–17 лет) с диагнозом СРК, который был выставлен на основании Римских критериев IV. Приверженность рекомендациям врача оценивалась с помощью авторского набора из 6 вопросов, на которые родители могли ответить «да» или «нет». Установлено, что приверженность родителей к выполнению рекомендаций врача позволяет существенно быстрее улучшить качество жизни ребенка с СРК [38].

for other pathologies, the minimum expression of affective-rigid personality traits [53].

In 2018, a study of the quality of life and adherence to treatment of patients with chronic viral hepatitis C. The study involved 138 men aged 18 to 45 with chronic viral hepatitis C. Patients were treated on an outpatient basis. Quality of life was determined with the help of a short form adapted Russified specialized questionnaire Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). Adherence to treatment was evaluated using the Morisca-Green scale. The study showed a low adherence to treatment among hepatitis C patients. A relationship of moderate strength was found between adherence to treatment and quality of life on physical health scales – “General perception of health”, “Physical activity”, “The role of emotional problems in life restraint”, “Social activity”, “Physical pain” [37].

In 2018, a study was published that examined adherence to the treatment in patients with liver cirrhosis. It involved 43 patients. To assess patients' adherence to treatment, the questionnaire “Level of Compliance” was used. The authors declared a high level of adherence in patients. The highest level of adherence was found in Class B Childpugh liver cirrhosis patients. The lowest level was in Class C Childpugh patients [44].

Another study published in 2018 assessed the impact of parental compliance on quality of life indicators in the treatment of children with irritable bowel syndrome. The study involved 105 children of senior school age (12–17 years old). Children suffered from IBS. The diagnosis was based on IV Roman criteria. The adherence to the doctor's recommendations was assessed with the help of the author's set of 6 questions for parents. Variants of answers were «yes» or «no». The adherence of parents to the recommendations of the doctor significantly improved the quality of life of the child with IBS [38].

В 2019 г. опубликовано исследование уровня приверженности лечению у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. В исследовании были включены 70 пациентов с язвенным колитом и 50 человек с болезнью Крона. Приверженность лечению оценивалась с помощью теста Мориски-Грина. Установлено, что 65% участников имели низкую приверженность к приему назначенных препаратов. С высокой приверженностью лечению у больных воспалительными заболеваниями кишечника ассоциировались женский пол, наличие препаратов в списке дополнительного лекарственного обеспечения, удобные формы введения и схемы приема препаратов. В то же время низкая приверженность прямо коррелировала с использованием в терапии системных иммуносупрессоров и глюкокортикостероидов, осложненным течением болезни Крона, увеличением частоты обострений заболевания [30].

Вопрос приверженности лечению и методов ее повышения у больных функциональными заболеваниями кишечника был рассмотрен в обзоре литературы Сухановой С.А. с соавт., опубликованном в 2021 г. [61].

В 2021 г. опубликован обзор литературы Андреева К.А. с соавт., в котором рассмотрены вопросы приверженности лечению и методов ее повышения у больных воспалительными заболеваниями кишечника [3].

В этом же году опубликован обзор литературы, описывающий вопросы приверженности пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) [4]. Однако авторами не было выявлено масштабных отечественных оригинальных исследований приверженности лечению у пациентов с НАЖБП.

В 2021 г. было представлено оригинальное исследование, посвященное оценке приверженности лечению пациентов с желудочно-кишечными синдромами. Участие в исследовании приняли 264 респондента. Уровень приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни оценивался при помощи вопросника количественной оценки приверженности КОП-25, а наличие желудочно-кишечных синдромов определялось с помощью вопросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS). Результаты исследования продемонстрировали недостаточный (менее 75%) уровень приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации

In 2019, a study was published on the level of adherence to treatment in patients with inflammatory bowel diseases. The study included 70 patients with ulcerative colitis and 50 people with Crohn's disease. Adherence to treatment was assessed using the Morisca-Green test. 65% of participants had low adherence to prescribed drugs. High adherence to treatment was associated with the female sex, the availability of drugs on the supplementary drug list, convenient forms of administration and drug regimens. Low adherence was directly correlated with the use of systemic immunosuppressors and glucocorticosteroids in therapy, complicated by the course of Crohn's disease, an increase in the frequency of disease exacerbation [30].

In 2021, Sukhonova S.A. with her co-authors published a scientific review. The review addressed the issue of adherence and treatment enhancement in patients with functional bowel diseases [61].

In 2021, a review of the literature of Andreev K.A. with co-authors was published. The review addressed adherence and treatment enhancement in patients with inflammatory bowel diseases [3].

In 2021, a literature review was published describing the adherence of patients with NAFLD [4]. The authors did not identify large-scale Russian original studies of adherence to treatment in patients with NAFLD.

In 2021, an original study was presented. The study involved 264 respondents with gastrointestinal diseases. The level of adherence to drug therapy, medical accompaniment, lifestyle modification was assessed through a questionnaire quantifying adherence to QAA-25. The presence of gastrointestinal syndromes was determined using the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) questionnaire. The results of the study showed insufficient (less than 75%) adherence to drug therapy, medical support and lifestyle modification in all participants. Only 10% of respondents had a medium level of adherence (50–75%). Ninety percent of patients showed low levels of compliance (less than 50 percent) in all three areas of adherence.

образа жизни у всех участников. При этом лишь 10% респондентов имели средний уровень приверженности (50–75%). 90% пациентов показали низкий уровень комплаентности (менее 50%) по всем трем направлениям приверженности лечению. Авторы исследования заявили о необходимости работы с приверженностью как с использованием способов ее повышения, так и с применением пациенториентированных подходов, учитывающих индивидуальный уровень приверженности [15].

Таким образом, в российском научном сообществе представлено ограниченное количество оригинальных исследований, демонстрирующих уровень приверженности лечению больных отдельных заболеваний гастроэнтерологического профиля, что создает необходимость дальнейшего изучения особенностей приверженности лечению у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы.

3.5. Приверженность лечению в гематологии и онкогематологии / *Adherence to treatment in hematology and oncohematology*

В отечественной литературе данные о приверженности лечению гематологических пациентов крайне скудны, что создает необходимость изучения особенностей приверженности лечению у гематологических пациентов. В 2013 году опубликован обзор литературы, посвященный вопросу приверженности лечению пациентов с хроническим миелолейкозом. Авторы подчеркивают проблему снижения уровня приверженности при длительной терапии хронического заболевания. В публикации рассматриваются причины нарушения приверженности терапии, связанные с характером самого лечения, а также с психологическими особенностями пациентов с хроническим миелолейкозом. Авторами работы предложены рекомендации по повышению приверженности терапии таких больных [68].

Психосоциальные аспекты приверженности изучались в когорте 30 пациентов от 18 до 64 лет (20 мужчин и 10 женщин), проходящих лечение в отделении трансплантации костного мозга по поводу гемобластозов, в исследовании Исаева С.А. и соавт. Авторами работы было продемонстрировано, что низкие показатели невротизации и отсутствие депрессивных настроений положительно влияют на приверженность лечению. В исследовании уровень пациентов, склонных к точному и постоянному исполнению

According to the authors, it is necessary to work with adherence. Different methods should be used to improve it and a patient-oriented approach should be taken, taking into account the individual level of adherence [15].

There is a limited number of original studies demonstrating the level of adherence to the treatment of particular gastroenterological diseases in Russian scientific community. This demonstrates the need for further study of adherence patterns in patients with digestive system diseases.

In Russian scientific literature, data on adherence to treatment of haematological patients is extremely scarce. This creates a need to examine adherence patterns in haematological patients. In 2013, a literature review on adherence to treatment for chronic myelogenous leukaemia was published. The authors stress the problem of decreasing the level of adherence in the long-term treatment of chronic disease. The publication discusses the reasons for the violation of therapy. They are associated with the nature of the treatment itself, as well as with the psychological characteristics of patients with chronic myelogenous leukemia. The authors of the work offer recommendations on increasing adherence to therapy for such patients [68].

A study by Isaev et al. examined the psychosocial aspects of adherence. The study included 30 patients aged 18 to 64 years (20 men and 10 women) who were treated in the bone marrow transplantation department with a diagnosis of hemoblastosis. The study showed that the absence of neuroses and depression had a positive effect on adherence to treatment. The rate of patients inclined to the exact and constant execution of doctor's prescriptions was 66.7%. The correlation between psychosocial factors and adherence was statistically significant ($p \leq 0,01$) [24].

предписаний врача, составил 66,7%. В исследовании авторы установили статистически значимую корреляцию между элементами комплаентного поведения и психосоциальными аспектами пациента ($p \leq 0,01$) [24].

Многочисленные исследования показывают, что определяющее влияние на возникновение неблагоприятных клинических исходов оказывает несоблюдение приверженности лечению. Наиболее полно характеризуют рассматриваемый вопрос приверженности и клинических исходов также в работах с включением пациентов с хроническим миелоидным лейкозом. Корреляция приверженности лечению пациентов с хроническим миелоидным лейкозом и ответа на терапию доказана, что нашло отражение в отечественных клинических рекомендациях по данному заболеванию. Так, учитывая, что достижение адекватного (молекулярного) ответа сопряжено с уровнем приверженности, в клинических рекомендациях многократно обращается внимание на оценку приверженности пациента при отсутствии оптимального ответа и строгий контроль в ходе лечения [29, 64].

Numerous studies show that failure to adhere to treatment has a determining influence on the occurrence of adverse clinical outcomes. The issue of adherence and clinical outcomes is most fully characterized in studies that include patients with chronic myeloid leukemia. The correlation between adherence to treatment in patients with chronic myeloid leukemia and response to therapy has been scientifically proven. This evidence is recorded in the Russian clinical guidelines for this disease. Considering the proven fact that the achievement of a molecular response in the treatment is associated with a level of adherence, clinical guidelines repeatedly draw attention to the assessment and strict monitoring of adherence [29, 64].

3.6. Приверженность лечению в гериатрии / Adherence to treatment in gerontology

Клиническая работа в гериатрии сопряжена с рядом особенностей. Пациенты данной группы полиморбидные, зачастую «хрупкие» и требующие ухода со стороны других субъектов. Лица пожилого и старческого возраста характеризуются развитием и прогрессированием когнитивных нарушений. Перечисленные особенности должны учитываться при формировании тактики ведения пациентов. Так, в 2016 г. Вологодина И.В. с соавт. выяснили, что когнитивные и аффективные нарушения у больных хронической сердечной недостаточностью пожилого и старческого возрастов отрицательно влияют на качество жизни и уровень приверженности лечению [12, 48].

Clinical work in geriatrics involves a number of features. Patients of this group are polymorbide, often «fragile» and require care from other subjects. Senior and senile people are characterized by the development and progression of cognitive impairments. These features should be taken into account when developing patient management tactics. In 2016, Vologodyna I.V. and her co-authors published the results of their research. The study involved patients with chronic heart failure of senior and senile age. Cognitive and affective impairments in such patients negatively affect the quality of life and level of adherence to treatment [12, 48].

Одним из направлений деятельности профилактической медицины в России является организация школ для пациентов с хроническими заболеваниями. Симердин В.В. с соавт. из Самарского государственного медицинского университета изучили эффективность обучения пациентов с ХСН и гипертонической болезнью. В исследовании приняло участие 64 пациента в возрасте от 61 до 74 лет (средний возраст мужчин и женщин $67,5 \pm 4,0$ и $66,9 \pm 3,8$ лет соответственно). Участники исследования были рандомизированы на две группы. В группе сравнения

One of the directions of preventive medicine in Russia is the organization of schools for patients with chronic diseases. Simerjin V.V. and his colleagues from the Samara State Medical University studied the effectiveness of teaching patients with heart failure and hypertension. The study involved 64 patients aged 61 to 74 (average age of men and women 67.5 4.0 and 66.9 3.8, respectively). The study participants were randomized into two groups. In the comparison group, patients were given classical group training during their hospitalization. This was followed by periodical outpatient examinations.

пациенты проходили классическое групповое обучение в период госпитализации, с последующим периодическим осмотром на амбулаторном этапе в рамках диспансерного наблюдения. Основная группа проходила индивидуальное обучение с последующим телефонным контактом еженедельно в течение первого месяца после выписки и ежемесячно в течение последующих 11 месяцев. Приверженность лечению оценивалась при помощи опросника Мориски-Грина [73]. По результатам проведённого исследования через два месяца после выписки из стационара в каждой группе около 18% пациентов достигли целевых значений АД. Через год после выписки 93,8% пациентов из основной группы и 59,4% из группы контроля по данным СМАД достигли среднесуточного уровня АД ниже 130/80 мм.рт.ст.. На старте исследования в каждой подгруппе количество пациентов с хорошим уровнем приверженности не превышало 14%. Тогда как через год 87,5% пациентов из основной группы и 59,4% из группы контроля достигли достаточного уровня приверженности лечению [54].

В похожем исследовании Давыдова Е.Л. с соавт. выявляли взаимосвязь уровня образования с уровнем приверженности лечению пациентов с артериальной гипертензией в старших возрастных группах (старше 60 лет). По результатам исследования все респонденты имеют низкий уровень приверженности, не зависящий от половозрастных характеристик. Статистически значимо лица с высоким уровнем приверженности лечению встречаются среди мужчин со средне-специальным образованием. В остальных подгруппах не выявлено значимых различий в уровне приверженности относительно уровня образования выявлено не было [20].

Процесс лечения сопряжен с рядом трудностей, которые испытывают пациенты. Красноярские коллеги провели исследование, в котором выявляли основные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты с АГ. В опросе приняло участие 257 пациентов с АГ в возрасте старше 60 лет. Результаты опроса представлены в виде перечня проблем по рангам от 1 до 11. В пятёрке лидеров зафиксировались следующие проблемы: регулярный прием препаратов, самостоятельное измерение АД, понимание причин АГ и ее осложнений, гипертонические кризы и необходимость снижения избыточной массы тела. Как ни странно проблемы связанные с финансовой стороной вопроса замыкают рейтинг значимости для пациентов [19].

The core group was individually trained. After hospitalization, there was weekly telephone contact during the first month. Then every month for the next 11 months. Adherence to treatment was assessed using the Morisca-Green Questionnaire [73]. According to the results of the study, two months after discharge from the hospital in each group, about 18% of patients reached the target AD values. One year after discharge, 93.8% of patients in the core group and 59.4% of those in the control group reached an average daily AD level of below 130/80 mm. At the beginning of the study in each subgroup the number of patients with a good level of adherence did not exceed 14%. Whereas after one year 87.5% of the patients in the core group and 59.4% of the monitoring group achieved a sufficient level of adherence [54].

In a similar study, Davydov E.L. and his co-authors found a correlation between education and adherence to treatment in patients with arterial hypertension in the older age groups (over 60). All respondents had a low level of adherence, independent of sex and age. Statistically, people with high levels of adherence are found among men with secondary education. In the remaining subgroups, there are no significant differences in the level of adherence to education [20].

Researcher from Krasnoyarsk conducted a study that identified the main problems faced by patients with hypertension. The survey was attended by 257 patients with hypertension over 60 years of age. The results of the survey are presented in the form of a list of problems at grades 1 to 11. Top 5 problems are regular medication intake, independent measurement of BP, understanding the causes of hypertension and its complications, extremely high BP values, and the need to reduce body mass. Problems related to the financial side of the issue close the rating of relevance for patients [19].

3.7. Приверженность лечению в кардиологии / *Adherence to treatment in cardiology*

Изучение вопросов приверженности лечению в кардиологии проводится достаточно активно. Значимая роль принадлежит в данном вопросе и Российским ученым. В отечественных клинических рекомендациях в области кардиологии существуют разделы, посвященные вопросам приверженности лечению. Так, в клинических рекомендациях по диагностике и лечению больных стабильной ишемической болезнью сердца с уровнем доказательности I A указана необходимость обеспечения надлежащей приверженности к медикаментозной терапии. Рекомендуется включение всех пациентов со стабильной ИБС, больных, перенесших ОКС, ЧКВ или КШ, в комплексные программы вторичной профилактики и реабилитации для повышения приверженности к лечению, изменения образа жизни и коррекции сердечно-сосудистых факторов риска [26].

Результаты, полученные в 2020 г. рамках регистра РЕГАТА, свидетельствуют о недостаточной долгосрочной приверженности лечению пациентов, перенесших ИМ, а также о снижении приверженности лечению за период между 36 и 48 месяцами наблюдения [45].

При оценке приверженности больных ФП оказалось, что наиболее привержены лечению больные ФП старше 65 лет. Независимо от возраста женщины более привержены лечению, чем мужчины. При увеличении тяжести симптомов ФП у мужчин снижается приверженность лечению, тогда как у женщин увеличивается приверженность модификации образа жизни и лекарственной терапии. У больных с пароксизмальной формой ФП приверженность к лекарственной терапии выше, чем у больных с постоянной формой. При увеличении количества принимаемых препаратов у больных ФП снижается приверженность к медицинскому сопровождению [56]. В клинических рекомендациях по ведению больных ФП, указано что у пациентов с ФП, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку на фоне антикоагулянтной терапии, рекомендовано оценить и оптимизировать приверженность к лечению. Рекомендуется использование технологий, повышающих приверженность к антиаритмической и антикоагулянтной терапии (системы напоминаний своевременного приема препаратов) [27].

Adherence is actively studied in the cardiology field. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of patient with stable ischemic heart disease using recommendation with evidence level A indicate the need to ensure adequate adherence to medication. It is recommended that all patients with stable ischemic heart disease, patients who have undergone ACS, PCI or coronary bypass are included in comprehensive secondary prevention and rehabilitation programs. This recommendation is aimed at increasing adherence to treatment, lifestyle changes and cardiovascular risk factors correction [26].

A study from the REHATA register was published in 2020. Lack of long-term adherence to treatment of patients suffered MI has been identified. A decrease in adherence to treatment between 36 and 48 months of observation was also found [45].

Among patients with atrial fibrillation (AF), the most prominent group are those over 65 years of age. Regardless of age, women are more adhered to treatment than men. As the severity of AF symptoms increases, male adherence to treatment decreases, while female adherence to lifestyle modification and drug therapy increases. In patients with paroxysmal AF, adherence to drug therapy is higher than in patients with long-term persistent form. If the number of drugs administered increases, the adherence to medical care for AF patients decreases [56]. Patients with AF who have suffered an ischemic stroke or a transient ischemic attack against the backdrop of anticoagulant therapy are advised to evaluate and optimize adherence to treatment. The use of technologies that increase adherence to antiarrhythmic and anticoagulant therapy (Timely Medication Reminder System) is recommended [27].

По результатам опубликованного в 2020 г. скрининга МММ19 по-прежнему сохраняется низкий процент пациентов с артериальной гипертензией, которые принимают антигипертензивную терапию (73,6%), при этом 38,6% пропускают прием препаратов [45]. Низкая приверженность к назначенной терапии является частой причиной псевдорезистентности артериальной гипертензии, она выявляется почти у половины пациентов. Пациентам с АГ для повышения приверженности к проводимой терапии рекомендуется проведение домашнего мониторинга артериального давления и ведение дневников с указанием доз принимаемых препаратов и уровня АД. Пациентам с АГ для повышения эффективности и приверженности к проводимой АГТ рекомендуется проведение телемониторинга показателей системной гемодинамики с телеметрической передачей результатов измерения АД непосредственно в лечебное учреждение для оперативной обработки информации и оперативного принятия решения (УУР В, УДД 1) [25].

При оценке приверженности больных ХСН выявлено, что общая приверженность по шкале Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ) оказалась существенно ниже, чем приверженность к конкретным препаратам. Хуже всего была приверженность к ингибиторам АПФ (71%) и АМК (77%), более высокая – к бета-адреноблокаторам (86%). Наиболее частыми факторами неприверженности к лечению, согласно первым результатам, является большое количество лекарств и сложная схема приема лекарств [36]. Эффективной моделью лечения пациентов с ХСН является создание центра ХСН. Проведение большого числа мета-анализов, которые включали в себя от 9 до 53 РКИ (12 356 пациентов), показало, что только ведение пациента на этапах «бесшовного» сопровождения мультидисциплинарной командой в условиях стационара и амбулаторно кардиологами в содружестве с патронажными сестрами позволяет снизить на 20%, как риски общей смертности, так и регоспитализации. Стратегии, в которых использовался только телефонный контакт с рекомендациями посещения своего лечащего врача в случае ухудшения состояния, снижали число госпитализаций по поводу, но не влияли на смертность и госпитализации по любому поводу. Система медицинского сопровождения пациентов стационарно в комбинации с амбулаторным контролем врачами кардиологами позволяет сохранить более высокую приверженность к терапии, которая подтверждается снижением риска повторных госпитализаций, снижением рисков общей и сердечно-сосудистой смертности [28].

In 2020, research was published as part of the MММ19 screening. A low percentage of patients taking prescribed antihypertensive drugs was found (73.6%). 38.6% of them skip the drugs intake [45]. Low adherence to prescribed therapy is a frequent cause of pseudo-resistance in arterial hypertension. It's found in almost half of the patients. Home blood pressure monitoring and diary maintenance are recommended for patients with hypertension to increase adherence. Patients with hypertension are advised to tele-monitor systemic hemodynamics. Telemetry data from hypertension measurements are transmitted directly to a health facility for rapid information processing and decision-making (Recommendation Class II, Evidence Level B) [25].

The National Society for Evidence-Based Pharmacotherapy developed its own Adherence Assessment Questionnaire. It was used to assess the level of adherence to treatment in patients with heart failure. Overall adherence to treatment has been found to be significantly lower than adherence to specific drugs. The worst was adherence to ACE inhibitors (71%), Mineralocorticoid (Aldosterone) Receptor Antagonists (77%), and beta-blockers (86%). The most common factors in the non-concompliance of treatment are the large number of drugs and the complex regimen of their intake [36]. An effective model for treating patients with HF is the establishment of the HF. A large number of meta-analyses were performed, which included 9 to 53 RCTs (12,356 patients). It turned out that only the management of a patient by a multidisciplinary team in hospital and outpatient cardiologists with patronage nurses allows to reduce both the risks of general mortality and repeated hospitalization by 20%. Telephone contacts with the patient reduced the number of hospital admissions. However, telephone monitoring did not affect mortality and hospitalization for any reason. The integrated approach to the management of patients in the hospital and outpatient care maintains higher adherence to therapy. It reduces the risk of repeated hospitalization as well as general and cardiovascular mortality [28].

3.8. Приверженность лечению в неврологии / *Adherence to treatment in neurology*

В 2019 г. Боголепова А.Н. и Коваленко Е.А. в РНИМУ им. Н.И. Пирогова провели анализ факторов, оказывающих влияние на уровень приверженности лечению у постинсультных больных. В исследовании приняло участие 56 пациента в остром периоде ишемического инсульта в бассейне каротидной системы. По результатам опросника MMAS-4 участники исследования были разделены на 2 группы. В группу неконкомплаентных пациентов вошли респонденты с результатом опросника 0–2 балла. Остальные респонденты вошли в группу приверженных или недостаточно приверженных (3–4 балла MMAS-4). Авторы выяснили, что мужчины, перенесшие инфаркт, достоверно хуже придерживаются намеченному курсу терапии, а пациенты профессий интеллектуальной сферы значимо лучше соблюдают рекомендованные назначения. Однако уровень образования, семейное положение и трудоспособность респондентов не оказывают никакого влияния на приверженность лечению. Интересно, что результаты опросника MMAS-4 и монреальской шкалы оценки когнитивных функций имеют положительную корреляционную связь ($r = 0,49$; $p < 0,001$). Так, количество пациентов с низким уровнем приверженности в группе пациентов с деменцией – 91,7%, в группе с умеренными когнитивными нарушениями – 48,5%, тогда как уже в группе без когнитивных нарушений таких пациентов всего 18,2%. В качестве основной причины низкого уровня приверженности назначенных рекомендаций от специалиста более половины респондентов отметили – забывчивость. Среди остальных причин неконкомплаентности респонденты выделили: низкий уровень материального благополучия, длительная терапия, снижение когнитивных функций, побочные эффекты от принимаемых лекарственных препаратов, депрессивные расстройства [8].

В 2021 г. Ковальчук Н.А. и Кирьянова Е.А. из Сеченовского университета провели анкетирование 1598 пациентов с мигренью. По результатам опроса более половины респондентов принимали анальгетики самостоятельно (59%). Остальные пациенты использовали для купирования головной лекарственные средства, назначенные врачом (26,5%), по совету от знакомых (8,5%) или по рекомендации от фармацевта в аптеке (6%). Рекомендации врача соблюдались лишь в 37,6% случаев. Остальные респонденты нарушали режим приема препаратов (23,2%) или

In 2019, A.N. Bogolepova and E.A. Kovalenko from Pirogov RSMU published the results of their research. The authors analyzed the factors influencing the level of adherence in post-stroke patients. The study involved 56 patients in acute ischemic stroke in the carotid system basin. According to the MMAS-4 questionnaire, the participants were divided into two groups. The group of non-concompliant patients included respondents with 0–2 points. The rest of the respondents were in the group of adhered or insufficiently adhered (3–4 points MMAS-4). The authors found that men who had had a heart attack were less reliable in their adherence to the therapy. Patients of intellectual professions significantly better follow the recommended prescriptions. However, the level of education, marital status and ability to work do not influence the adherence to treatment. The results of the MMAS-4 questionnaire and the MOCA scale have a positive correlation relationship ($r = 0.49$; $p < 0.001$). The number of patients with low levels of adherence in the group of patients with dementia is 91.7%. In the group with moderate cognitive impairment, 48.5%. In the group without cognitive impairment, only 18.2%. Forgetfulness was cited by more than half of respondents as the main reason for the low level of adherence to the recommendations from the specialist. Among the other reasons for non-concompliance, respondents identified low level of material well-being, long-term therapy, reduced cognitive functions, side effects of drugs taken, depressive disorders [8].

In 2021, Kovalchuk N.A. and Kiryanova E.A. from Sechenovsky University conducted a survey of 1598 patients with migraine. According to the survey, more than half of the respondents took analgesics independently (59%). The rest of the patients used drugs prescribed by a doctor (26.5%), on the advice of acquaintances (8.5%) or on the recommendation of a pharmacist in a pharmacy (6%). Only 37.6% of the cases followed the doctor's recommendations. The rest of the respondents violated the regimen of drugs (23.2%) or did not follow the doctor's instructions (39.2%). Among the main

совсем не следовали назначениям врача (39,2%). Среди основных причин несоблюдения врачебных рекомендаций пациенты выделили: невнимательность, забывчивость, самостоятельная отмена приема препаратов при хорошем самочувствии или при появлении побочных эффектов. Средний уровень приверженности по результатам MMAS-4 низкий, однако значимых взаимосвязей с полом, возрастом или уровнем образования выявлено не было [31].

Вместе с тем доказательные российские исследования приверженности в области неврологии представлены достаточно скудно.

reasons for non-compliance with medical recommendations, patients identified inattentiveness forgetfulness, self-cancellation of drugs in good health or in the event of side effects. The average level of adherence to MMAS-4 results was low, but no significant relationships with gender, age or level of education were found [31].

Russian evidence-based research on neuroscience adherence is rather sparse.

3.9. Приверженность лечению в неонатологии / *Adherence to treatment in neonatology*

Рабочей группой не обнаружены сведения об отечественных исследованиях, посвященных изучению вопроса приверженности лечению в неонатологии.

Evidence of Russian research on adherence to treatment in neonatology were not found.

3.10. Приверженность лечению в онкологии / *Adherence to treatment in oncology*

Существует большое количество методов по оценке и контролю приверженности. Есть так же целый ряд инструментов, призванных решать другие проблемы, однако косвенно способных воздействовать на приверженность лечению. Шинкарев С.А. с соавт. в 2021 г. описали свой опыт использования системы дистанционного мониторинга онкологических больных. Данный сервис призван решать целый ряд проблем, связанных с коммуникацией, ведением пациентов и незамедлительной реакцией на тревожные сигналы от пациентов. Платформа представляет собой ряд опросников, которые с определенной периодичностью поступают пациентам для ответа на них. Также имеется возможность прикрепления анализов из сторонних клиник или, например, фотографий кожных проявлений. В результате ученым удалось снизить на 10% количество гематологических осложнений химиотерапии, в 3 раза снизить частоту нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, в 4 раза сократить количество проявлений нефротоксичности и свести к минимуму нейротоксические проявления, связанные с основным онкологическим заболеванием и последствиями применения химиотерапии. Главным результатом для себя авторы называют снижение в полтора раза частоты изменения даты последующих плановых химиотерапий [71].

There are many methods for assessing and monitoring adherence. There are also a number of tools designed to address other issues that indirectly affect adherence. Shinkarev S.A. and his co-authors in 2021 described their experience of using the system of remote monitoring of oncological patients. This service is designed to solve a number of problems related to communication, patient management and immediate responses to alarms from patients. The platform is a series of questionnaires that are sent to patients at intervals for response. It is also possible to attach analyses from third-party clinics or, for example, photographs of skin manifestations. As a result, the number of hematological complications of chemotherapy decreased by 10%. The number of disorders from the gastrointestinal tract decreased by 3 times, the number of manifestations of nephrotoxicity decreased by 4 times. The number of neurotoxic manifestations was reduced to a minimum. The main result for the authors is a decrease of the frequency of subsequent scheduled chemotherapy date change by 1.5 times [71].

Амлаев К.Р. с соавт. провели социологическое исследование, в котором приняло участие 1000 пациентов с онкологическими заболеваниями. Все участники исследования прошли анкетирование, в которое были включены вопросы о здоровье и самочувствие, об образе жизни и качестве оказания медицинской помощи, о медицинской грамотности и приверженности лечению. По результатам опроса треть пациентов испытывает трудности с возможностью госпитализации в профильные медицинские учреждения. Лишь половина респондентов высказали доверие системе здравоохранения, при этом более половины участников исследования прибегают к нетрадиционным методам избавления от недуга: помощь экстрасенсов (2%), священнослужителей (12,9%), использование народных методов (39,3%). Более половины пациентов признаются, что испытывают проявления депрессивных расстройств (60,7%). Согласно полученным данным 13,2% респондентов с высшим образованием и 47,8% опрошенных без него заявили, что врач не рассказывает им о заболевании. При этом среди желаемых источников информации о здоровом образе жизни лишь половина пациентов выбрали общение со специалистом. Остальные отдали предпочтение ТВ и радиовещанию, научно-популярной литературе и интернету [2].

Субъективный опыт пациента и психосоциальные аспекты личности зачастую выделяют среди основных детерминант приверженности лечению у пациентов со злокачественными новообразованиями [52]. Сирота Н.А. и соавт. исследовали когорту пациенток со злокачественным новообразованием молочной железы I–III стадии, средний возраст которых составил $50,8 \pm 2,5$ года. Обследование пациенток проводилось в несколько этапов: в послеоперационном периоде, на 3–4-й день после операции и на этапе проведения химиотерапии. Авторы делают выводы на основе полученных данных о корреляции уровня тревоги пациенток и приверженности лечению, в том числе при проведении противоопухолевой терапии, и рассматривают субклинически выраженную тревогу как благоприятный фактор приверженности [55].

Исследование Попова Т.М. и соавт. также акцентировано на взаимосвязи приверженности и психологических аспектов личности. В исследование были включены 21 мужчина в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 49 лет) и 82 женщины в возрасте от 27 до 65 лет (средний возраст 49 лет) с диагнозами меланомы кожи,

Amlayev K.R. and his co-authors conducted a sociological study. The study involved 1000 patients with oncological diseases. All participants of the survey have passed the questionnaire. The questionnaire included questions on health and well-being, lifestyle and quality of care, health literacy and adherence to treatment. According to the results of the survey, one third of patients have difficulty in being admitted to the relevant medical institutions. Only half of the respondents expressed confidence in the health system. More than half of the participants of the study resort to non-traditional methods of disposal of the disease: mentalists (2%), priests (12.9%), the use of folk methods (39.3%). More than half of patients suffer from depressive disorders (60.7%). According to the data received, 13.2% of the respondents with higher education and 47.8% of the respondents without higher education said that the doctor did not tell them about the disease. Among the desired sources of health lifestyle information, half of patients chose to communicate with a specialist. The rest gave preference to TV and radio broadcasting, popular science literature and the Internet [2].

The subjective experience of the patient and psychosocial aspects are among the main factors of adherence to treatment in patients with malignant neoplasms [52]. Sirota N.A. et al. studied a cohort of patients with stage I-III breast cancer with a mean age of 50.8 ± 2.5 years. Patients were examined in several stages: in the postoperative period, on the 3–4th day after surgery and during chemotherapy. The authors conclude that there is a correlation between the level of anxiety in patients and adherence to treatment. The study considers subclinical anxiety as a favorable factor in adherence [55].

Research by Popov T.M. et al. also focused on the relationship of adherence to treatment and psychological factors. The study included 21 men aged 19 to 65 years (mean age 49 years) and 82 women aged 27 to 65 years (mean age 49 years) diagnosed with skin melanoma, soft tissue sarcoma and breast cancer. Patients in the study were undergoing

саркома мягких тканей и рак молочной железы. Пациенты на момент включения проходили этап послеоперационного лекарственного лечения. При использовании методики «Тест отношения к болезни ТОБОЛ» и полуструктурированной клинической беседы авторами было продемонстрировано, что для достижения наилучших результатов в лечении, в том числе соблюдения приверженности, процесс длительной системной терапии требует психологического сопровождения пациента [47].

В проспективном одноцентровом исследовании с включением 42 пациентов в возрасте от 42 до 82 лет с диагнозом немеланомный рак кожи Зуенкова и соавт. исследуют вопрос приверженности через оценку коллегиального принятия решения о лечении и отмечают, что активное участие пациента позволяет спрогнозировать его приверженность [23].

Также стоит отметить, что при явном недостатке достоверных отечественных публикаций о приверженности в качестве первичной конечной точки исследования, приверженность зачастую оценивается именно при изучении эффективности и безопасности применения противоопухолевой и (или) сопроводительной терапии при злокачественных новообразованиях в качестве суррогатной/исследовательской конечной точки [50]. Таким образом, приверженность лечению имеет весомое значение в онкологии, что находит отражение в практических и клинических рекомендациях [63, 65].

Вместе с тем следует отметить, что за последние 5 лет публикации об отечественных исследованиях приверженности в онкологии представлены в РИНЦ крайне ограниченно. В свою очередь, существующие отечественные исследования характеризуются либо небольшой выборкой пациентов, либо дискутабельным методологическим качеством.

3.11. Приверженность лечению в офтальмологии / *Adherence to treatment in ophthalmology*

В 2019 г. Нероев В.В. с соавт. в результате многоцентрового проспективного исследования с участием 504 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой выявили достоверные различия в достижении целевых показателей терапии среди групп респондентов с различным уровнем приверженности. Для оценки уровня приверженности

the stage of postoperative drug treatment at the time of inclusion. The authors demonstrated that in order to adhere to treatment, the process of long-term systemic therapy requires psychological support of the patient [47].

Zuenkova et al., in a prospective single-centre study, investigate adherence by evaluating shared treatment decision making. The study includes 42 patients aged 42 to 82 years with a diagnosis of non-melanoma skin cancer. The authors conclude that the active participation of the patient makes it possible to predict his adherence to treatment [23].

Currently there are not enough reliable Russian publications on adherence as the primary endpoint of the study. But it is important to note that adherence to treatment is often assessed when studying the efficacy and safety of anticancer treatment and (or) supportive care. Therefore, adherence is often assessed as a surrogate endpoint of the study [50]. Thus, adherence to treatment is of great importance in oncology, which is shown in the practical recommendations and clinical guidelines [63, 65].

Over the last 5 years, publications on Russian research on adherence in oncology have been extremely limited in the RSCI. In turn, Russian studies on treatment adherence either have a small sample of patients or have a questionable methodological quality.

In 2019, V.V. Neroev and his co-authors published the results of a multi-center prospective study. The study involved 504 patients with primary open-angle glaucoma. Reliable differences in the achievement of therapy targets among groups of respondents with different levels of adherence were found. The authors used the MMAS-8 questionnaire

авторы использовали опросник MMAS-8. На основании опросника участники исследования были поделены на три группы: с низким уровнем приверженности (53%), средним (30%) и высоким (17%). Доля пациентов, достигших целевого уровня внутриглазного давления во всей выборке составила 80%, тогда как в группах с достаточным уровнем приверженности и недостаточным данный показатель составлял 93% и 78% соответственно [40].

По результатам многоцентрового исследования, выполненного с участием 616 пациентов с глаукомой из России и еще 6 стран СНГ в 2020 г. доля пациентов с низким, средним и высоким уровнями приверженности 24,4%, 74,4% и 1,2% соответственно [34].

В 2022 г. Биков М.М. с соавт. из Уфы провели социологическое исследование, в котором приняло участие 546 человек страдающих катарактой, средний возраст которых $66,4 \pm 9,5$ лет (40–88 лет). Все пациенты заполняли письменную анкету, которая включала в себя 25 вопросов, касающихся социально-экономических данных, факторов риска, посещения врача-офтальмолога. Большая часть пациентов наблюдается у врача-офтальмолога ежегодно (39,2%) или чаще (33,7%). Среди основных причин, препятствующих наблюдаться у врача-офтальмолога регулярно, респонденты выделяют: незнание о необходимости наблюдаться у специалиста (19,6%), трудовая занятость (18,2%) и отсутствие специалиста в поликлинике по месту прикрепления (13,4%). Более половины респондентов продемонстрировали достаточно хороший уровень знания о заболевании (60,2%). В большинстве случаев информацию о своем заболевании пациенты хотели бы получать от лечащего врача (65,6%), остальные предпочитают в качестве источника информации использовать интернет (19,3%), плакаты и раздаточный материал (11,1%), научно-популярную литературу (2,6%) и пользоваться советами знакомых (1,4%). Большая часть респондентов (63,6%) доверяют своему врачу, что является очень важным аспектом во взаимодействии врача и пациента. При этом среди причин недоверия остальные респонденты отметили: отсутствие должного внимания со стороны врача (52,7%), неспособность врача расположить к себе пациента (14,9%) и недостаточную компетентность специалиста (12,4%). В возрастной группе до 50 лет основным источником информации о своем заболевании служил интернет, тогда как в остальных возрастных

to assess the level of adherence. Based on the questionnaire, the survey participants were divided into three groups: low adherence level (53%), medium (30%) and high (17%). The proportion of patients who reached the target level of intraocular pressure in the entire sample was 80%, while in groups with sufficient levels of adherence and insufficient the rate was 93% and 78% respectively [40].

In 2020, a multi-center study was published. The study involved 616 patients from 7 countries, including Russia. The proportion of patients with low, medium and high levels of adherence was 24.4%, 74.4% and 1.2% respectively [34].

In 2022, M.M. Bicov and his co-authors from Ufa conducted a sociological study. The study involved 546 people suffering from cataracts. The average age of the study participants is 66.4 ± 9.5 years (40–88 years). All patients filled in a written questionnaire. It included 25 questions: socio-economic risk factors, visits to an ophthalmologist. The majority of patients are observed by an ophthalmologist annually (39.2%) or more frequently (33.7%). The patients identified the main reasons for not attending the specialist regularly: ignorance of the need to see the specialist (19.6%), employment (18.2%) and absence of a specialist at the outpatient care nearby (13.4%). More than half of the respondents showed a fairly good level of knowledge about the disease (60.2%). In most cases, patients would like to be informed of their illness by the attending physician (65.6). The rest prefer to use the Internet (19.3%), posters and handouts (11.1%), popular literature (2.6%) and the advice of acquaintances (1.4%). The majority of respondents (63.6%) trust their doctor. This is a very important aspect in the interaction of the doctor and the patient. The rest of the respondents mentioned lack of attention from the doctor (52.7%), inability of the doctor to make the patient feel comfortable (14.9%) and lack of competence of the specialist (12.4%). In the under-50 age group, the main source of information about their illness was the Internet. The rest of the age groups receive most of the information from an ophthalmologist. With an increase in age by one year, the probability of seeing an ophthalmologist decreases by 1.2 times. The increase in the duration of the disease each year leads to an increase in the frequency of specialist visits in 1.2. The ability to visit an ophthalmologist in an outpatient care nearby 1.7 times

группах ключевым источником необходимой информации служил врач-офтальмолог. Авторами установлено, что с увеличением возраста на 1 год вероятность посещения врача-офтальмолога снижается в 1,2 раза, при этом увеличение длительности течения заболевания с каждым годом приводит к увеличению частоты посещения специалиста в 1,2. Наличие возможности посещать офтальмолога в поликлинике по месту прикрепления в 1,7 раз увеличивает вероятность ежегодного посещения специалиста. Вероятность посещения офтальмолога в 3,6 раза выше пациентами, доверяющими своему врачу, и в 1,6 раза выше пациентами, которым проводилась профилактическая беседа о течении катаракты и ее осложнениях [7].

increases the likelihood of an annual visit by a specialist. The probability of seeing an ophthalmologist is 3.6 times higher for patients who trust their doctor. Preventive conversation with patients increases the frequency of specialist visits by 1.6 times [7].

3.12. Приверженность лечению в педиатрии / *Adherence to treatment in pediatrics*

Как указывают Чемяков В.П. с соавт, одной из особенностей клинической педиатрической практики является наличие дополнительного субъекта медицинской консультации в виде законного представителя ребенка. Однако роль самого ребенка в формировании коммуникации и системы принятия решения часто недооценивается. Если до 3-летнего возраста ключевые запросы формирует родитель, то по ходу взросления роль ребенка возрастает. В период 3–7 лет ребенок и родитель равной степени формулируют запросы в отношении здоровья пациента. А в возрасте старше 11 лет несовершеннолетний ребенок способен самостоятельно справляться с данной задачей в ходе медицинской консультации. И если в раннем детстве (до 3 лет) субъектом приверженности является только законный представитель, то по достижении подросткового периода (12–17 лет), ребенок уже в состоянии формировать картину болезни и принимать рекомендации от специалиста [72].

Chemekov V.P. and his co-authors consider an important feature of clinical pediatric practice – the presence of an additional subject of medical consultation (legal representative of the child). However, the child's own role in shaping communication and decision-making is often underestimated. If the parent forms the key needs before the age of 3, the role of the child increases as the child grows up. During the period of 3–7 years, the child and the parent make equal demands regarding the patient's health. Over the age of 11, a minor child is able to cope with this task on his own. In early childhood (up to 3 years of age), only the legal representative is a subject of adherence. In adolescence (12–17 years), the child is already able to form a picture of the disease and take recommendations from a specialist [72].

Горлановым И.А. с соавт. из Санкт-Петербургского педиатрического университета было проведено социологическое исследование, направленное на изучение приверженности лечения в педиатрии. С помощью авторской анкеты были опрошены 295 детей в возрасте 13–18 лет, страдающих аллергодерматозами, 270 законных представителей и врачи. Более половины родителей декларируют безукоризненное следование рекомендациям врача (56,4%). Остальные же среди причин несоблюдения врачебных назначений выделяют: отсутствие временных ресурсов, реального понимания столь жестких рамок соблюдения

Gorlanov I.A. and co-authors from Saint Petersburg Paediatric University conducted a sociological study. The purpose of which is to study adherence to treatment in pediatrics. The author's libel was used. Interviews were conducted with 295 children aged between 13 and 18 suffering from allergies, 270 legal representatives and doctors. More than half of parents declare that they follow the doctor's recommendations perfectly (56.4%). The rest cite the following reasons for the violation of the recommended treatment tactics: lack of time resources, lack of real understanding of such strict framework of compliance, nutrition, taking excessive amounts

режима, питания, приема чрезмерного, по их мнению, количества лекарственных и витаминных препаратов, а также самостоятельная замена назначенных препаратов на аналоги. Среди подростков только 20,2% респондентов с точностью выполняют врачебные назначения. В 40% случаев и подростки, и их законные представители предпочитают не сообщаться врачу об отхождении от намеченного терапевтического плана, считая данные рекомендации необязательными. Около 50% опрошенных родителей считают, что лечащий врач сообщает подробную информацию о течение заболевания, методах и подходах в лечении ребенка, однако лишь треть законных представителей считают, что достаточно осведомлены о заболевании своего ребенка. Более половины родителей получают информацию из СМИ, популярной литературы, от знакомых и членов своей семьи. Чуть более половины опрошенных родителей и подростков не доверяют своему лечащему врачу [16].

На сегодняшний день в русскоговорящем научном пространстве имеется ряд обзорных статей, в которых обсуждаются проблемы приверженности лечению в педиатрии. Однако за основу обсуждения в них взят опыт международных коллег. Отечественная же научная база в этом вопросе ограничена и не демонстрирует наработанного научного опыта по данному вопросу.

3.13. Приверженность лечению в психиатрии / *Adherence to treatment in psychiatry*

В 2015 г. опубликовано исследование с участием 1042 лиц с психическими расстройствами. Для оценки приверженности терапии и информированности об имеющемся заболевании использовался авторский набор вопросов. Авторы исследования сообщают о необходимости внедрения в работу психиатров методов психосоциальной реабилитации, в частности психообразовательных программ и полипрофессионального ведения больных [39].

В исследовании, представленном в 2019 г., проведена оценка приверженности терапии у пациентов с первым эпизодом шизофрении на этапе ремиссии в зависимости от вида антипсихотической терапии. Участие в исследовании приняли 50 пациентов, с первым эпизодом параноидной шизофрении, находящиеся в ремиссии заболевания. Приверженность оценивалась с использованием шкалы оценки комплаентности (DAI). Авторы исследования продемонстрировали

of medication and vitamins, in their opinion, independent replacement of prescribed drugs with analogues. Among adolescents, only 20.2% of respondents were accurate in their medical appointments. In 40% of cases, both adolescents and their legal representatives do not report to the doctor about the treatment plan. About 50% of the parents surveyed were satisfied with the amount of information provided by the attending physician. However, only one third of legal representatives are sufficiently aware of the illness of their child. More than half of parents receive information from the media, popular literature, acquaintances and family members. Slightly more than half of parents and teenagers surveyed do not trust their attending physician [16].

In the Russian-speaking scientific space, there are a number of op-ed articles that discuss adherence issues in paediatrics. However, the discussions are based on the experience of international colleagues. Russian scientific base does not demonstrate sufficient scientific experience on this issue.

1,042 people with mental disorders took part in a study published in 2015. The author's set of questions was used to assess adherence and awareness of the disease. According to the authors, it is necessary to introduce methods of psychosocial rehabilitation in the work of psychiatrists. Especially psycho-educational programs [39].

In 2019, a study was published assessing adherence to therapy in patients with the first episode of schizophrenia in remission. Fifty patients took part in the study, with the first episode of paranoid schizophrenia. Patients were in remission. Adherence was assessed using the Complementarity Assessment Scale (CAS). Patients receiving second-generation antipsychotics demonstrated a higher level of adherence to antipsychotic therapy. [46].

более высокий уровень приверженности антипсихотической терапии у пациентов с первым эпизодом шизофрении, получавших антипсихотики второго поколения, чем у пациентов, принимавших антипсихотики первого поколения [46].

В этом же году было опубликовано исследование с участием 112 пациентов с параноидной шизофренией, посвященное вопросу формирования приверженности к психофармакотерапии у пациентов с параноидной шизофренией с помощью психокоррекции. Авторы исследования заявили о повышении уровня социальной и микросоциальной адаптации пациентов, достижении положительного отношения к лечению в результате использования индивидуальной и семейной форм психокоррекции, проводимой с учетом дисконформности, что отразилось на показателях частоты повторных госпитализаций за период 12-месячного катанестического наблюдения за больными [32].

В 2021 г. опубликованы результаты исследования, направленного на изучение взаимосвязи получаемой психофармакотерапии с биологическими, психологическими и социальными факторами приверженности пациентов психиатрическому лечению. В исследовании были использованы опросник оценки мотивации к лечению и Шкала медикаментозного комплаенса. Авторы сообщили о наличии влияния назначаемых в клинической практике нейротропных препаратов на приверженность лечению в психофармакотерапии. Так, неспецифическая интенсификация мотивации к лечению происходила на фоне получения антидепрессивной терапии в сочетании со стабилизаторами настроения [59].

Авторы обзора 2020 г., посвященного влиянию социально-психологических факторов на приверженность лечению у больных шизофренией, также заявили о повышении комплаенса при проведении психообразовательной работы с пациентами [1].

Таким образом, в отечественной литературе представлено весьма ограниченное количество оригинальных исследований, демонстрирующих уровень приверженности лечению больных с отдельными психическими расстройствами, прежде всего шизофрении.

In the same year, a study involving 112 patients was published. The participants of the study suffered from paranoid schizophrenia. The authors studied the formation of adherence to psychopharmacotherapy through psychocorrection. The study participants increased their levels: social and microsocial adaptation, achieving a positive attitude to treatment. The result was achieved during individual and family forms of psychocorrection. Work with patients was carried out taking into account discordance. This reduced the frequency of repeated hospitalizations during the 12-month period of catamnestic care [32].

In 2021, the results of a study were published that examined the relationship of the resulting psychopharmacotherapy with the biological, psychological and social factors of patient adherence to treatment. The study used the Treatment Motivation Assessment Questionnaire and the Drug Compliance Scale. Clinically prescribed neurotropic drugs affect adherence to treatment in psychopharmacotherapy. While receiving antidepressant therapy in combination with mood stabilizers, non-specific intensification of the motivation for treatment was formed [59].

In 2020, a literature review was published on the impact of socio-psychological factors on adherence to treatment in schizophrenia patients. The authors stated that compliance in psycho-educational work with patients was improved [1].

Russian scientific literature presents a limited number of original studies demonstrating the level of adherence to treatment of patients with specific mental disorders.

3.14. Приверженность лечению в пульмонологии / *Adherence to treatment in pulmonology*

В 2017 г. опубликовано исследование, посвященное оценке приверженности терапии больных ХОБЛ. Авторами исследования проведен анализ 212 амбулаторных карт пациентов с ХОБЛ. Для оценки приверженности авторы использовали анамнестические (при сборе жалоб и анамнеза) и физические (определения наличия или отсутствия лекарственных препаратов у пациента) методы. Авторы исследования заявили о низкой приверженности базисной терапии среди пациентов ХОБЛ. Отмечена роль бесплатного обеспечения лекарственными препаратами в рамках дополнительного лекарственного обеспечения льготной категории граждан в повышении приверженности к базисной терапии ХОБЛ [51].

В 2018 г. Халецкой А.И. опубликовано исследование с участием 42 пациентов, страдающих ХОБЛ, 37 пациентов с ХСН и 23 человек с ХСН и ХОБЛ. Приверженность лечению оценивалась с помощью опросника Мориски–Грина, и опросника Мориски–Грина. Лишь 46,08% пациентов оказались привержены лечению, а различия в уровне приверженности в зависимости от тяжести заболевания не выявлены ни в одной из групп [66].

В 2019 г. опубликованы результаты исследования с участием 120 больных бронхиальной астмой тяжелого течения с неконтролируемым течением заболевания, принимающих базисную противовоспалительную терапию. Приверженность лечению оценивалась с помощью модифицированного опросника Мориски–Грина и опросника «Тест на приверженность к ингаляторам». Авторы исследования отметили низкую приверженность базисной противовоспалительной терапии у больных тяжелой бронхиальной астмой [57].

В этом же году опубликована работа Визель А.А. с соавт. с обзором методов оценки и модификации преднамеренной и непреднамеренной неприверженности у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В публикации приведены результаты собственного исследования с участием 229 больных бронхиальной астмой и 154 больных ХОБЛ. Авторы исследования заявили о низкой приверженности лечению у больных ХОБЛ и бронхиальной астмой.

In 2017, a study was published to assess the adherence of COPD patients. The authors analyzed 212 outpatient maps of patients with COPD. The authors used anamnestic and physical methods to assess adherence. A low level of adherence to basic therapy was found among COPD patients. Free drugs increase adherence to COPD basic therapy [51].

In 2018, Khaleckaya A.I. published a study. It included 42 patients with COPD, 37 patients with HF and 23 with both pathologies. Adherence to treatment was assessed using the Morisca-Greene questionnaire. 46.08% of patients were adhered to treatment. The severity of the disease did not affect the level of adherence in any group [66].

In 2019, a study was published with the participation of 120 patients with asthma. Despite the use of basis therapy, the disease's course in the participants of the study was difficult and uncontrollable. The assessment of adherence was based on a modified Maurisky-Green questionnaire and the «Inhaler Adherence Test» questionnaire. Low adherence to basic anti-inflammatory therapy in patients with severe bronchial asthma was found [57].

In the same year published the work of Wiesel A.A. with co-authors. Colleagues reviewed methods for assessing and modifying intentional and unintentional non-activity in asthmatic patients and COPD. The publication presents the results of its own research involving 229 asthmatic patients and 154 COPD patients. Both groups showed low levels of adherence. Among COPD patients, patients with more severe impairments in forced exhalation were the most adhered. Patients with controlled asthma were more adhered among asthmatic patients [11].

При этом среди больных ХОБЛ наибольшую приверженность имели пациенты с более выраженными нарушениями параметров форсированного выдоха, а среди больных бронхиальной астмой более приверженными оказались пациенты с контролируемой формой заболевания [11].

В 2020 г. Леонтьевой Н.М. с соавт, опубликована работа, посвященная изучению уровня контроля и приверженности лечению у пациентов молодого возраста с бронхиальной астмой легкого и среднетяжелого течения. Участие в исследовании приняли 146 пациентов с установленной бронхиальной астмой аллергического генеза легкого и среднетяжелого течения вне обострения. Оценка приверженности базисной терапии осуществлялась анкетирования больных с помощью модифицированного опросника MMAS-6, по доменам «Приверженность», «Мотивация», «Осведомленность». В группе больных бронхиальной астмой легкого течения у 94,1% выявлена низкая приверженность терапии, которая проявлялась преимущественно в виде пропуска препарата при хорошем самочувствии и невнимательности к часам приема лекарств. Среди пациентов со среднетяжелым течением низкая приверженность установлена у 91% больных, связанная с аналогичными проявлениями [35].

В 2021 г. опубликовано исследование с использованием того же инструментария для оценки приверженности, где приняли участие 160 больных бронхиальной астмой тяжелого течения, принимающих базисную противовоспалительную терапию. Результаты исследования продемонстрировали у половины больных тяжелой астмой низкую приверженность базисной противовоспалительной терапии. Нарушение рекомендаций врача наиболее часто выражалось в пропуске приема препарата при хорошем самочувствии и невнимательности к часам приема лекарств [58].

Отдельного внимания заслуживает вопрос приверженности пациентов детского возраста с заболеваниями органов дыхания. В 2019 году опубликовано исследование приверженности медицинским рекомендациям детей с бронхиальной астмой с целью определения возможностей оптимизации терапии. Участие приняли 94 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет с установленным диагнозом. В 42,55% случаях зафиксирована

In 2020, Leontieva N.M. and her co-authors published a paper devoted to the study of the level of control and adherence to treatment. The study involved 146 patients with an established mild or moderate allergic asthma without exacerbation. Adherence to basic therapy was assessed using a modified MMAS-6 questionnaire. In the group of mild asthma, 94.1% of patients had low level of adherence. Among patients with moderate course, 91% of them had low adherence. Both groups of patients missed medications due to forgetfulness or being in a good health [35].

In 2021, a study using the same tools to assess adherence was published. The study included 160 patients with severe asthma. Patients received basis therapy. Half of patients showed low adherence to treatment. Patients missed medication due to forgetfulness or good health [58].

In 2019, a study was published on adherence to medical recommendations in children with asthma. 94 diagnosed children aged 6 to 17 participated. In 42.55% of cases, there was a low level of adherence to medical recommendations. The lowest levels of adherence were found in the group of patients with low control of asthma symptoms. In 88.3% of the respondents, negative factors affecting adherence were identified. The most common was the lack

низкая приверженность медицинским рекомендациям. Наиболее низкие показатели приверженности отмечены в группе пациентов с недостаточным контролем симптомов бронхиальной астмы. У 88,3% респондентов были выявлены факторы, способные негативно влиять на приверженность лечению. Самым распространенным была недостаточная осведомленность пациентов и их родителей об этиопатогенезе заболевания, механизмах действия рекомендованных препаратов и перспективах лечения. Авторы исследования заявляют о необходимости проведения образовательных мероприятий для детей с бронхиальной астмой и их родителей с целью повышения приверженности врачебным рекомендациям [22]

of knowledge of patients and their parents about the disease and the methods of treatment. Educational activities for children with asthma and their parents are necessary. This approach will increase adherence to medical recommendations [22].

3.15. Приверженность лечению в ревматологии / *Adherence to treatment in rheumatology*

Еще в 2012 г. отечественными учеными опубликовано исследование, посвященное вопросу приверженности ревматоидным артритом, в котором приняли участие 154 больных. Участники были опрошены социально-гигиеническим опросником и опросником Health Assessment Questionnaire. 65,6% больных ревматоидным артритом были привержены лечению. Установлено, что приверженность лечению пациентов с ревматоидным артритом была взаимосвязана с продолжительностью заболевания, интенсивностью испытываемой боли, функциональным статусом и рентгенологической стадией заболевания [5].

In 2012, Russian scientists published a study in which 154 patients with rheumatoid arthritis took part. The survey was conducted using a socio-hygienic questionnaire and the Health Assessment Questionnaire. 65.6% of patients with rheumatoid arthritis were adhered to treatment. Adherence to treatment of patients with rheumatoid arthritis was correlated with the duration of the disease, the intensity of the pain, the functional status and the radiological stage of the disease [5].

В 2014 г. Торопцовой Н.В. с соавт. приверженность противоостеопоретическим препаратам оценена в исследовании с участием 198 женщин с остеопорозом и продолжительностью заболевания более 3 лет и 186 женщин старше 50 лет, перенесших малотравматичные переломы различных локализаций, у которых оценка приверженности лечению проводилась через 12 и 18 месяцев после перелома. Приверженность оценивалась с применением авторского набора вопросов. Авторы заявили о низкой приверженности патогенетическому лечению. Для улучшения качества медицинской помощи больным, принимающим противоостеопоретические препараты, по мнению авторов исследования, необходимы мотивация пациентов к длительному лечению и проведение образовательных программ для врачей [62].

In 2014, Toropetsova N.V. and co-authors published the study. The first group consisted of 198 women with osteoporosis with a disease flow of more than 3 years. The second group included 186 women over the age of 50 who suffered minor fractures of various localizations. All the patients took osteoporetic drugs. Adherence was evaluated using the author's set of questions. A low level of adherence to pathogenetic treatment was found. In order to improve the quality of medical care for patients, motivation and educational programs for doctors are necessary [62].

В 2019 г. опубликованы результаты ретроспективного когортного исследования с участием 150 женщин старше 50 лет страдающих остеопорозом не менее 3 лет. Проведено анкетирование с помощью специально разработанного авторского опросника. Приверженность лечению оценивалась на основании данных о продолжительности терапии в течение 3 лет, предшествующих включению в исследование, а также подсчета индекса использования препарата. В течение 3 лет приверженными терапии были 94 пациента (63%), страдающих остеопорозом. Авторы исследования установили позитивное влияние на приверженность определение уровня витамина D в сыворотке крови, расчет 10-летнего абсолютного риска остеопоротических переломов, ежегодное мониторингирование терапии с использованием денситометрии и показателей биохимических анализов крови, регулярное посещение врача, наблюдающего пациента, а также упрощение режима дозирования и применение парентеральных форм используемых препаратов для лечения остеопороза [43].

В 2020 г. Никитиной Н.М. с соавт. опубликованы результаты исследования приверженности лечению коморбидных пациентов с ревматоидным артритом, в котором приняли участие 132 пациента женского пола. Приверженность лечению была оценена с помощью опросника Мориски-Грина и российского универсального опросника количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Согласно результатам анкетирования, опросником Мориски-Грина установлено, что 68 (52,3%) пациенток не привержены лечению, низкая приверженность лечению по опроснику КОП-25 отмечена у 33 (40,3%) пациенток. Согласно данным исследования, предикторами высокой приверженности лечению являлись молодой возраст, меньшая продолжительность заболевания, низкий уровень материального положения [42].

В этом же году Чикина Н.М. с соавт. опубликовали итоги проспективного одноцентрового исследования, посвященного изучению приверженности лечению больных подагрой. Участие в исследовании приняли 60 больных, Период наблюдения составлял не менее 24 недель от начала терапии. Для оценки приверженности пациентов терапии был использован опросник

In 2019, the results of a retrospective cohort study were published. It included 150 women over 50 with osteoporosis for at least 3 years. A survey was conducted using the author's questionnaire. Adherence to treatment was assessed on the basis of the duration of the therapy for three years before being included in the study, as well as the calculation of the drug usage index. For three years, 94 patients (63%) were adhered to therapy. The authors found a positive influence on adherence: determination of the level of vitamin D in the blood serum, calculation of 10-year absolute risk of osteoporotic fractures, annual monitoring of therapy using densitometry and indicators of biochemical blood tests, regular visits to the physician who supervised the patient, simplification of dosing and use of parenteral forms of preparations used for the treatment of osteoporosis [43].

In 2020, Nikitina N.M. and her co-authors published the results of a study on adherence to the treatment of comorbid patients with rheumatoid arthritis. The study involved 132 female patients. Adherence to treatment was assessed through the Morisca-Green Questionnaire and the Russian Universal Adherence Measurement Questionnaire (QAA-25). According to the Maurice-Greene questionnaire, 68 (52.3%) patients were not adhered to treatment. According to the CPC-25 questionnaire, 33 (40.3%) patients had low adherence to treatment. Predictors of high adherence are young age, shorter duration of illness, and low income [42].

In 2019, Chikina N.M. and co-authors published the results of a prospective one-center study. The authors studied adherence to gout treatment. Sixty patients took part in the study. The follow-up period was at least 24 weeks from the beginning of the therapy. Morisci-Green questionnaire was used to assess patients' adherence to the therapy. 49% of patients have high adherence to therapy. 17%

Мориски–Грина, которым участники были опрошены на последнем визите. У 49% пациентов выявлена высокая приверженность терапии, у 17% – умеренная, у 34% – низкая. Авторы исследования заявили, что соблюдение национальных рекомендаций по ведению пациентов с подагрой, предусматривающих постоянный прием уратснижающих препаратов, постепенное увеличение их дозы до достижения целевых значений мочевого кислоты в сыворотке крови, профилактическую противовоспалительную терапию и регулярный мониторинг состояния пациента, позволяет добиться высокой приверженности пациентов [69].

patients had moderate and 34% had low adherence. The authors of the study believe that following the national guidelines for the management of gout patients allows to achieve high patient adherence [69].

3.16. Приверженность лечению в урологии / Adherence to treatment in urology

В области урологии внимание Рабочей группы привлекло социологическое исследование Койчуева А.А. с соавт. В исследовании приняло участия 512 человек, из которых 40,9% страдали онкоурологическими заболеваниями, 24% имели доброкачественную гиперплазию предстательной железы, 29,9% воспалительные заболевания урологического профиля, 5,2% страдали другими заболеваниями мочеполовой системы. Участникам исследования предлагалось ответить на анкету, содержащую вопросы об их образе жизни, о их здоровье, о медицинской грамотности и приверженности лечению. При ответе на вопросы, касающиеся веры в Бога, респонденты разделились на 4 группы: верующие (45,6%), скорее верующие (23,8%), атеисты (21,1%) и скорее атеисты (9,4%). В отношении своего здоровья половина респондентов характеризовали его как нормальное. Среди остальных респондентов большая часть респондентов считают свое здоровье плохим (34,3%) и очень плохим (3,6%), в сравнении с теми, кто оценил свое здоровье как хорошее (12,5%) и отличное (1,8%). Большая часть респондентов отмечают изменение привычной им жизни после развития у них заболевания (77,4%). Подавляющее большинство опрошенных доверяют (32,5%) или скорее доверяют (49,8%) современной медицине. Объем информации, предоставляемый врачом, удовлетворяет 46,5% респондентов. Более половины респондентов полностью выполняют указания врача (66,3%), частично придерживаются назначенному курсу лечения треть респондентов (30%). Среди основных причин прекращения лечения пациенты выделяют: высокая стоимость лечения (23,6%), сложность рекомендованной схемы лечения (14%), дефицит времени (9,3%) [33].

In urology, the attention of the Working Group was drawn to the sociological study of Koichuev A.A. and his co-authors. The study involved 512 participants. 40.9% had oncurological diseases, 24% had benign prostate hyperplasia, 29.9% had inflammatory urological diseases, and 5.2% had other diseases of the urogenital system. Participants responded to a questionnaire with questions about their lifestyle, health, literacy and their adherence to treatment. When answering questions about faith in God, respondents were divided into four groups: believers (45.6%), rather believers (23.8%), atheists (21.1%) and rather atheists (9.4%). Half of the patients described their health as normal. Among other respondents, the majority of respondents considered their health to be bad (34.3%) and very bad (3.6%), compared to those who rated their health as good (12.5%) and excellent (1.8%). Most respondents reported a change in their life after developing their disease (77.4%). The vast majority of respondents trusted (32.5%) or rather trusted (49.8%) modern medicine. The amount of information provided by the doctor satisfied 46.5% of the respondents. More than half of the respondents fully complied with the doctor's instructions (66.3%). One third of respondents (30%) partially followed the prescribed course of treatment. The main reasons for discontinuation of treatment were: high cost of treatment (23.6%), complexity of recommended regimen (14%), time deficit (9.3%) [33].

3.17. Приверженность лечению в фтизиатрии / *Adherence to treatment in phthisiatry*

В 2015 г. ходе опроса больных туберкулезом, выполненного Шерстневой Т.В. с соавт. оказалось, что треть пациентов считает свое заболевание неизлечимым и смертельным, большинство респондентов декларируют необходимость получения информации о течении своего заболевания, сроках лечения и осложнениях (97%), при этом 62% респондентов говорили о необходимости получения именно положительной информации о своем заболевании [70]. Другие исследования приверженности надлежащего качества в этой области в РИНЦ пока не представлены.

In 2015, Sherstneva T.V. and her co-authors interviewed patients with tuberculosis. A third of them considered their disease incurable and fatal. The majority of respondents needed information on the course of their disease, treatment periods and complications (97%). 62% of respondents said that it was necessary to obtain positive information about their disease [70]. Other studies of adherence of good quality in this area have not yet been presented at the RSCI.

Резюме / *Summary*

Резюмируя материалы настоящего раздела, Рабочая группа приходит к неутешительному выводу, что в настоящее время лишь незначительное количество отечественных исследований приверженности выполнено с надлежащим качеством. В большинстве исследований использовались инструменты оценки преимущественно лекарственной приверженности, при этом вопросы медицинского сопровождения и модификации образа жизни с позиции приверженности остаются практически не изученными. В исследованиях удовлетворительного дизайна в качестве инструментов, как правило, применяли опросники лекарственной приверженности короткой шкалы, невысокой надежности и с низким уровнем воспроизводимости. Все это делает крайне необходимой выработку единых методологических подходов, а также общих принципов и правил оценки приверженности.

Summing up this section, the Working Group came to a disappointing conclusion. Currently, only a small number of Russian studies on adherence are of adequate quality. Most studies used tools to assess predominantly drug adherence. The issues of medical accompaniment and lifestyle modification from the point of view of adherence remain virtually unexplored. In studies of satisfactory design, drug adherence questionnaires of short scale were generally used as tools. This assessment method is characterized by low reliability and low reproducibility. All of this makes it essential to develop common methodological approaches and common principles for assessing adherence.

Список литературы к разделу / *References to the section*

1. Алиева Л.М., Солохина Т.А. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией. *Психиатрия*. 2020;18(2):71–81. [Aliieva L.M., Solokhina T.A. Socio-Psychological Factors of Compliance of Patients with Schizophrenia. *Psikhiatriya*. 2020;18(2):71-81. (In Russian)] <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81>
2. Амлаев К.Р. Результаты изучения некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов. *Кубанский научный медицинский вестник* 2013; (5):21–25. [Amlaev K.R. Rezul'taty izucheniya nekotorykh aspektov profilaktiki rakovykh zabolevanij i kachestva zhizni onkologicheskikh pacientov. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik* 2013; (5):21–25. (In Russian)]
3. Андреев К.А., Горбенко А.В., Скирденко Ю.П., и др. Приверженность лечению больных воспалительными заболеваниями кишечника. *Бюллетень сибирской медицины*. 2021;20(3):120-128. [Andreev K.A., Gorbenko A.V., Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A., Livzan M.A., Bikbavova G.R., Fedorin M.M. Adherence to treatment in patients with inflammatory bowel disease. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2021;20(3):120-128. (In Russian)] <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-3-120-128>
4. Андреев К.А., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Горбенко А.В., Федорин М.М., Кролевец Т.С. Приверженность модификации образа жизни при неалкогольной жировой болезни печени.

Бюллетень сибирской медицины. 2021;20(4):112–122. [Andreev K.A., Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A., Livzan M.A., Gorbenko A.V., Fedorin M.M., Krolevets T.S. Adherence to lifestyle modification in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2021;20(4):112-122. (In Russian)] <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-4-112-122>

5. Ахунова Р.Р., Яхин К.К., Якупова С.П., Салихов И.Г. Приверженность больных ревматоидным артритом лечению базисными противовоспалительными препаратами. *Клиницист*. 2012;6(1):42–46. [Akhunova R.R., K.K.Yakhin, Yakupova S.P., Salikhov I.G. Adherence of the patients with rheumatoid arthritis to base anti-inflammatory treatment *Klinicist*. 2012;6(1):42-46. (In Russian)]

6. Батрак Г.А., Малышкина А.И., Батрак Н.В. Роль самоконтроля гликемии у беременных с гестационным сахарным диабетом. *FOCUS Эндокринология*. 2021;1:31–36. [Batrak G.A., Malysheva A.I., Batrak N.V. Role of blood glucose self-monitoring in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *FOCUS Endocrinology*. (In Russian)] 2021; 1: 31–36. DOI: 10.47407/ef2021.2.1.0021

7. Бикбов ММ, Исрафилова ГЗ, Гильманин ТР, Зайнуллин РМ, Якупова ЭМ. Приверженность к лечению лиц с нарушением зрения. *Вестник Российского государственного медицинского университета* 2022; (1):64–70. [Bikbov MM, Israfilova GZ, Gilmanin TR, Zainullin RM, Yakupova EM Adherence to treatment in visually impaired individuals. *VestnikRGMU* 2022; (1):64–70. (In Russian)] doi:10.24075/VRGMU.2022.008.

8. Боголепова А.Н., Коваленко Е.А. Анализ факторов, влияющих на приверженность к терапии постинсультных больных. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии* 2019; 13(3):20–27. [Bogolepova A.N., Kovalenko E.A. Analysis of factors affecting adherence to treatment in post-stroke patients. *Annals of clinical and experimental neurology* 2019; 13(3): 20–27. (In Russian)] DOI:10.25692/ACEN.2019.3.3

9. Брико Н.И., Коришунов В.А., Миндлина А.Я., Полибин Р.В., Шамис А.В., Салтыкова А.Г. Роль образовательного компонента в формировании приверженности населения к вакцинации против пневмококковой инфекции. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2022;21(1):92–97. [Briko N.I., Korshunov V.A., Mindlina A.Y., Polibin R.V., Shamis A.V., Saltykova A.G. The Role of the Educational Programs in the Improving of Confidence in Vaccination against Pneumococcal Infection among Population. *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2022;21(1):92-97. (In Russian)] <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2022-21-1-92-97>

10. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Галина Н.П., Коришунов В.А., Полибин Р.В. Приверженность различных групп населения иммунопрофилактике: как изменить ситуацию? *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2019;4(4):8–18 [Nikolaj I. Briko, Alla Ya. Mindlina, Natalia P. Galina, Vladimir A. Korshunov, Roman V. Polibin. Adherence to immunoprevention: how to change the situation? *Fundamental and Clinical Medicine*. 2019; 4 (4): 8–18 (In Russian)] DOI: 10.23946/2500–0764-2019-4-4-8–18.

11. Визель А.А., Визель И.Ю., Салахова И.Н., Вафина А.Р. Приверженность при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких: от проблемы к решению. *Фарматека*. 2019;26(5):122–126. [Vizel Alexander A., Vizel I.Yu., Salakhova I.N., Vafina A.R. Adherence in bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease: from a problem to a solution. *Farmateka*. 2019;26(5):122–126. (In Russian)] DOI: 10.18565/pharmateca.2019.5.122-126.

12. Вологодина И.В., Симаненков В.И., Порошина Е.Г., Минько Б.А. Качество жизни и приверженность терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, коморбидными когнитивными и аффективными нарушениями. *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова* 2016; 8(1):45–49. [Vologodina I.V., Simanenkov V.I., Poroshina E.G., Min'ko B.A. Kachestvo zhizni i priverzhennost' terapii u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta s hronicheskoy serdechnoj nedostatocnost'yu, komorbidnymi kognitivnymi i affektivnymi narusheniyami. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova* 2016; 8(1):45–49. (In Russian)]

13. Гирина А.А., Петровский Ф.И., Заплатников А.Л. Приверженность врачей-педиатров иммунопрофилактике инфекционных болезней: современное состояние проблемы. *РМЖ. Мать и дитя*. 2020;3(4):290–294. [Girina A.A., Petrovski F.I., Zaplatnikov A.L. Pediatricians adherence to immunoprophylaxis of infectious diseases: current state of the problem. *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2020;3(4):290–294. (In Russian)] DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-4-290-294.

14. Голубкова А.А., Платонова Т.А., Семенов Т.А. и др. Многоуровневый мониторинг приверженности прививкам различных групп населения в условиях пандемии COVID-19: проблемные вопросы. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2021;20(6):28–36. [Golubkova A.A., Platonova T.A., Semenenko T.A., Smirnova S.S., Nikitskaya A.D., Chikunova M.V. Multi-Level Monitoring of Vaccination Adherence of Various Population Groups in the Context of the COVID-19 Pandemic: Problematic Issues. *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2021;20(6):28-36. (In Russian)] <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2021-20-6-28-36>

15. Горбенко А.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Андреев К.А., Федорин М.М. Низкий уровень приверженности к лекарственной терапии у пациентов гастроэнтерологического профиля. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2021;192(8): 134–141. [Gorbenko A.V., Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A., Livzan M.A., Andreev K.A., Fedorin M.M. Potential adherence to treatment in gastroenterological patients. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;(8):134-141. (In Russian)] <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-134-141>
16. Горланов И.А., Микуртичан Г.Л., Заславский Д.В., Каурова Т.В. МНН. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011;36–40. [Gorlanov I.A., Mikirtichan G.L., Zaslavskij D.V., Kaurova T.V. MNN. Kliniko-sociologicheskie problemy komplaentnosti v detskoj dermatologii. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2011;36–40.(In Russian)]
17. Горячева Е.Е., Алексеева О.П. и Касимова Л.Н. Приверженность лечению у пациентов с гастроэнтерологической патологией: роль отдельных факторов. *Казанский медицинский журнал*. 2016;97(1):31-37. [Goryacheva E.E., Alekseeva O.P., Kasimova L.N. Treatment compliance in patients with gastrointestinal diseases: role of certain factors // *Kazan medical journal*. – 2016. – Vol. 97. – N. 1. – P. 31-37.(In Russian)] doi: 10.17750/КМЖ2016-31
18. Дмитриев А.В., Федина Н.В., Ткаченко Т.Г., Гудков Р.А., Петрова В.И., Филимонова Т.А. Приверженность вакцинации различных слоев населения: результаты анкетирования. *Детские инфекции*. 2019;18(4):32-37. [Dmitriev A.V., Fedina N.V., Tkachenko T.G., Gudkov R.A., Petrova V.I., Filimonova T.A. Adherence to vaccination for various populations: survey results. *CHILDREN INFECTIONS*. 2019;18(4):32-37. (In Russian)] <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2019-18-4-32-37>
19. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Гоярнец Д.И., Кожевников И.А., Замяткин А.И., Сливкова М.Н. Проблемы, влияющие на течение артериальной гипертензии. *Медицинский вестник МВД* 2014; 1(68):22–27. [Davydov E.L., Har'kov E.I., Goyarnec D.I., Kozhevnikov I.A., Zamyatkin A.I., Slivkova M.N. Problemy, vliyayushchie na techenie arterial'noj gipertenzii. *Medicinskij vestnik MVD* 2014; 1(68):22–27.(In Russian)]
20. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Шапиро Л.А. Особенности приверженности к лечению пациентов артериальной гипертензией старших возрастных групп в зависимости от уровня образования. *Сибирское медицинское обозрение* 2012; 3(75):63–67. [Davydov E.L., Har'kov E.I., Shapiro L.A. Osobennosti priverzhennosti k lecheniyu pacientov arterial'noj gipertoniej starshih vozrastnyh grupp v zavisimosti ot urovnya obrazovaniya. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie* 2012; 3(75):63–67.(In Russian)]
21. Жусупова Ж.К., Зейналова Д.Э., Крюкова А.Ю. Ключевая детерминанта приверженности к лечению артериальной гипертензии у беременных женщин как профилактика акушерских осложнений. *Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2020;1(28):17-212. [Zhusupova Z.K., Zeynalova D.E., Kruykova A.Y. Main determinant of addition to treatment of arterial hypertension in pregnant women as prevention of ancient complications. *Vestnik soveta molodyh uchyonih i specialistov SChelyabinskoj oblasti*. 2020;1(28):17-212. (In Russian)]
22. Застрожина А.К., Захарова И.Н., Сычев Д.А. Влияние приверженности медицинским рекомендациям на контроль симптомов бронхиальной астмы у детей. *Медицинский совет*. 2019;11:160-165. [Zastrozhina A.K., Zakharova I.N., Sychev D.A. Influence of adherence to medical recommendations on symptom control in children with bronchial asthma. *Meditinsky Sovet*. 2019; 11: 160–165. (In Russian)] <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-11-160-165>.
23. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Изюров Л.Н. Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в онкодерматологической практике. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2022; 15(2): 250-258. [Zuenkova Yu.A., Kicha D.I., Izurov L.N. Experience of implementing a value-based approach in oncodermatology. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2022; 15(2): 250–258. (In Russian)] <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.125>
24. Исаев С.А., Грандильевская И.В. Уровень комплаенса у пациентов с гемобластозами, прошедших лечение методом трансплантации костного мозга, перед выпиской на дневной стационар. *Петербургский психологический журнал*. 2019; 26:56-66. [Isaev S.A., Grandilevskaya I.V. Uroven' komplaensa u pacientov s gemoblastozami, proshedshih lechenie metodom transplantacii kostnogo mozga, pered vypiskoj na dnevnoj stacionar. *Peterburgskij psihologicheskij zhurnal*. 2019; 26: 56–66. (In Russian)]
25. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62_2. [Klinicheskie rekomendacii «Arterial'naya gipertenziya u vzroslyh» 2020. (In Russian)]
26. Клинические рекомендации «Ишемическая болезнь сердца» 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/155_1. [Klinicheskie rekomendacii «Ishemicheskaya bolezni serdca» 2020.(In Russian)]

27. Клинические рекомендации «Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых» 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/382_1. [Klinicheskie rekomendacii «Fibrillyaciya i trepetanie predserdij u vzroslyh» 2020. (In Russian)]
28. Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность» 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1. [Klinicheskie rekomendacii “Hronicheskaya serdechnaya nedostatochnost” 2020. (In Russian)]
29. Клинические рекомендации “Хронический миелолейкоз” 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/142_1. [Klinicheskie rekomendacii “Hronicheskij mielolejkoz” 2020. (In Russian)]
30. Князев О.В., Бабаян А.Ф., Каграманова А.В., Парфенов А.И. Приверженность терапии воспалительных заболеваний кишечника. *Медицинский алфавит*. 2019;1(6):13-19. [Knyazev O.V., Babayan A.F., Kagramanova A.V. Adherence to treatment of inflammatory bowel disease. *Medicinskij alfavit*. 2019;1(6):13-19. (In Russian)] [https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-1-6\(381\)-13-18](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-1-6(381)-13-18).
31. Ковальчук Н.А., Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):81-87. [Kovalchuk N.A., Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):81-87. (In Russian)] <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-81-87>
32. Козидубова В.М., Долуда С.М., Гончаров В.Е. и др. Формирование приверженности к психофармакотерапии у пациентов с параноидной шизофренией с помощью психокоррекции. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019;10(4): 629-637. [Kozidubova V., Doluda S., Goncharov V., Barycheva E., Gurnytskiy A., Vakulenko A. Formation of adherence to psychopharmacotherapy in patients with paranoid schizophrenia with the help of psychological correction. *Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. 2019;10(4): 629-637. (In Russian)]
33. Койчуев А.А., Амлаев К.Р., Махов З.Д., Койчуева С.М., Хурцев К.В. Результаты изучения качества жизни и приверженности лечению пациентов урологического и онкоурологического профилей. *Кубанский научный медицинский вестник* 2015; 5(140):110–114. [Koychuev A.A., Amlaev K.R., Makhov Z.D., Koychueva S.M., Hurtsev K.V. Results of research of quality of life and adherence of onkourological and urological patients. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik* 2015; 5(140):110–114. (In Russian)]
34. Корнеева А.В., Куроедов А.В., Завадский П.С. и др. Приверженность гипотензивной терапии при глаукоме: мнение пациентов о ключевых факторах низкой степени комплаенса. Результаты многоцентрового интерактивного научно-аналитического исследования. *Национальный журнал Глаукома*. 2020;19(3):12-21. [Korneeva A.V., Kuroyedov A.V., Zavadski P.S. et al. Adherence to glaucoma hypotensive therapy: patients' opinions on key factors of low compliance. Analytical multi-central study results. *National Journal glaucoma*. 2020;19(3):12-21. (In Russian)] <https://doi.org/10.25700/NJG.2020.03.02>
35. Леонтьева Н.М., Демко И.В., Собко Е.А., Ищенко О.П. Уровень контроля бронхиальной астмы и приверженность терапии у пациентов молодого возраста. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2020;4(4):180–185. [Leont'eva N.M., Demko I.V., Sobko E.A., Ishchenko O.P. Level of asthma symptom control and adherence to treatment in young patients. *Russian Medical Inquiry*. 2020;4(4):180–185. (In Russian)] DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-4-180-185
36. Марцевич С.Ю., Гусейнова Э.Т., Кутищенко Н.П., Лукина Ю.В., Толтыгина С.Н., Воронина В.П., Благодатских С.В. Оценка приверженности к медикаментозной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: дизайн и первые результаты исследования COMPLIANCE. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2020;16(4):571-578. [Martsevich S.Yu., Guseynova E.T., Kutishenko N.P., Lukina Yu.V., Tolpygina S.N., Voronina V.P., Blagodatskih S.V. Evaluating Adherence to Medical Therapy in Patients with Chronic Heart Failure: Design and First Results of the COMPLIANCE Study. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(4):571-578. (In Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2020-08-11>
37. Мирхайдаров Р.Ш., Кильдибекова Р.Н., Исхаков Э.Р., Казакова П.О. К вопросу об особенностях качества жизни и приверженности к лечению при заболевании хроническим вирусным гепатитом С. *Acta biomedica scientifica (east siberian biomedical journal)*. 2018;3(2):40-43. [Mirkhaydarov R.S., Kildibekova R.N., Iskhakov E.R., Kazakova P.O. Quality of life and adherence to treatment of patients with chronic viral hepatitis C. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018;3(2):40-43. (In Russian)] <https://doi.org/10.29413/ABS.2018-3.2.7>
38. Налетов А.В., Вьюниченко Ю.С., Коктышев И.В. Влияние родительской комплаентности на показатели качества жизни при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2018;(4):28-32. [Nalyotov A.V., Vunichenko Yu.S., Koktyshhev I.V. The effects of parental compliance on quality of life in the treatment of children with irritable bowel syndrome. *Дальневосточный медицинский журнал*. (In Russian)]

39. Некрасов М.А., Хритинин Д.Ф. Особенности поддерживающей терапии и приверженность лечению психически больных в амбулаторной практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115(3):73-77. [Nekrasov MA, Khritinin DF. The peculiarities of the support therapy and adherence to the treatment in psychiatric outpatients. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova. 2015;115(3):73-77. (In Russian)]. <https://doi.org/10.17116/jnevro20151153173-77>
40. Нероев В.В., Золотарев А.В., Карлова Е.В., Киселева О.А., Шишкин М.М., Германова В.Н. Влияние приверженности к лечению на прогрессирование первичной открытоугольной глаукомы у пациентов в условиях клинической практики. Вестник офтальмологии. 2019;135(6):42-51. Neroyev VV, Zolotarev AV, Karlova EV, Kiseleva OA, Shishkin MM, Germanova VN. Influence of treatment adherence on the progression of primary open-angle glaucoma in clinical setting. Vestnik Oftalmologii. 2019;135(6):42-51. (In Russian)]. <https://doi.org/10.17116/oftalma201913506142>
41. Нефедов И.Ю., Нефедова И.Ю., Валева Д.Т. Изучение приверженности фармацевтических работников и населения иммунопрофилактике коронавирусной инфекции. Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье. 2021;4(52):15-24. [Nefedov I.Yu., Nefedova I.Yu., Valeeva D.T. Study of adherence of pharmaceutical workers and population to immunoprophylaxis of coronaviral infection. Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ" (REHABILITATION, DOCTOR AND HEALTH). 2021;(4):15-24. (In Russian)]. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.4.COVID.1>
42. Никитина Н.М., Егорова Е.В., Мелехина И.Ф. и др. Проблемы приверженности лечению коморбидных пациентов с ревматоидным артритом. Архивъ внутренней медицины. 2020;10(5):372-381. [Nikitina N.M., Egorova E.V., Melehina I.F., Grigoryeva S.N., Rebrov A.P. Problems of treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and comorbidity. The Russian Archives of Internal Medicine. 2020;10(5):372-381. (In Russian)]. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2020-10-5-372-381>
43. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л. Приверженность лечению остеопороза: результаты ретроспективного когортного исследования. Научно-практическая ревматология. 2019;55(4):415-420. [Nikitinskaya O.A., Toroptsova N.V., Nasonov E.L. Osteoporosis treatment adherence: results from a retrospective cohort study. Rheumatology Science and Practice. 2019;57(4):415-420. (In Russian)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2019-415-420>
44. Олевская Е.Р., Долгушина А.И., Тарасов А.Н., Михайлова Д.С., Молчанова А.Р., Кузнецова А.С. Приверженность лечению больных циррозом печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(2):42-49. [Olevskaya Y.R., Dolgushina A.I., Tarasov A.N., Mikhaylova D.S., Molchanova A.R., Kuznetsova A.S. Treatment compliance of liver cirrhosis patients. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2018;28(2):42-49. (In Russian)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-2-42-49>
45. Переверзева К.Г., Якушин С.С., Лукьянов М.М., Драпкина О.М. Приверженность лечению пациентов в отдаленном периоде наблюдения после перенесенного инфаркта миокарда (данные регистра РЕГАТА). Кардиология. 2020;60(10):66-72. [Pereverzeva K.G., Yakushin S.S., Loukianov M.M., Drapkina O.M. Adherence to the treatment of patients in the long-term supervision period after myocardial infarction (according to the REGATA register). Kardiologiya. 2020;60(10):66-72. (In Russian)]. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.10.n1264>
46. Петрова Н.Н., Цыренова К.А. Оценка приверженности антипсихотической терапии у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Современная Терапия Психических Расстройств. 2019;(3):12–17. [Petrova N.N., Tsyrenova K.A. Assessment of the adherence to therapy in patients with the first-episode schizophrenia. Sovremennaya Terapiya Psichicheskikh Rasstrojstv. 2019;(3):12–17. (In Russian)]. DOI:10.21265/PSYPH.2019.49.35972.
47. Попов Т.М., Чулкова В.А. Отношение к лечению и типы реагирования на болезнь у онкологических пациентов при системных методах терапии. Наука и образование сегодня. 2017; 6 (17). [Popov T.M., Chulkova V.A. Otnoshenie k lecheniyu i tipu reagirovaniya na bolezni' u onkologicheskikh pacientov pri sistemnyh metodah terapii. Nauka i obrazovanie segodnya. 2017; 6 (17). (In Russian)].
48. Порошина Е.Г., Вологодина И.В., Минько Б.А., Петров А.В. Влияние аффективных и когнитивных нарушений на приверженность терапии и качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью. Клиническая геронтология 2015; 5(6):21–25. [Vologdina I.V., Minko B.A., Poroshina E.G., Petrov A.V. Impact of cognitive and affective impairment on quality of life and treatment adherence in elderly patients with heart failure. Klinicheskaya gerontologiya 2015; 5(6):21–25. (In Russian)].
49. Ротарь О.П., Толкунова К.М., Солнцев В.Н., Ерина А.М. и др. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):3745. [Rotar O.P., Tolkunova K.M., Solntsev V.N., Erina A.M. et al. May Measurement Month 2019: adherence to treatment and hypertension control in Russia. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(3):3745. (In Russian)]. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3745>

50. Румянцев А.А., Глазкова Е.В., Насырова Р.Ю. и др. Оланзапин и апрепитант в профилактике тошноты и рвоты: первые результаты рандомизированного исследования II фазы. *Практическая онкология*. 2018; 19(4): 419–428. [Rumyantsev A.A., Glazkova E.V., Nasyrova R.YU. i dr. Olanzapin i aprepitant v profilaktike toshnoty i rvoty: pervye rezul'taty randomizirovannogo issledovaniya II fazy. *Prakticheskaya onkologiya*. 2018; 19(4): 419–428. (In Russian)]. <https://doi.org/10.31917/1903419>.
51. Семенова К.А., Нагибин С.И., Авраменко Л.П. и др. Приверженность к терапии больных с хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторно-поликлинической практике. *Медицинская наука и образование Урала*. 2017;18(2):178-181. [Semenova K.A., Nagibin S.I., Avramenko L.P. et al. Adherence to therapy among patients with chronic obstructive lung disease in the ambulatory-polyclinic practice. *Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2017;18(2):178-181 (In Russian)].
52. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных. *Злокачественные опухоли*. 2016; 4 (1): 54–58. [Semiglazova T.U., Tkachenko G.A., Chulkova V.A. . Malignant tumours. 2016;(4s1):54-58. (In Russian)].
53. Симаненков В.И., Тихонов С.В., Лищук Н.Б. Приверженность к инициальной и поддерживающей терапии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол*. 2017;27(1):29-34. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-1-29-34>. [Simanenkov V.I., Tikhonov S.V., Lischuk N.B. Treatment compliance at initial and maintenance therapy at gastroesophageal reflux disease. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2017;27(1):29-34. (In Russian)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-1-29-34>
54. Симерзин В.В., Гарькина С.В. Эффективность различных моделей обучения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии. *Артериальная гипертензия* 2010; 16(305–310)6.5. [Simerzin V.V., Garkina S.V. Effectiveness of different educational models in elderly hypertensive patients with heart failure. *Arterial'naya gipertenziya* 2010; 16(305–310)6.5. (In Russian)].
55. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Психологические факторы приверженности лечению у пациенток, страдающих раком молочной железы. *Ремедиум*. 2013; 11. [Sirota N.A., YAltonskij V.M., Moskovchenko D.V. Psihologicheskie faktory priverzhennosti lecheniyu u pacientok, stradayushchih rakom molochnoj zhelezy. *Remedium*. 2013; 11. (In Russian)].
56. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. *Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Терапевтический архив*. 2018. Т. 90. № 1. С. 17–21 [Skirdenko Ju.P., Nikolaev N.A. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Terapevticheskij arhiv* 2018;1:17-21. (in Russian)] DOI: 10.17116/terarkh201890117-21
57. Собко Е.А., Демко И.В., Крапошина А.Ю., и др. Качество жизни и приверженность к терапии при бронхиальной астме тяжелого течения. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2019;(74):34–39 [Sobko E.A., Demko I.V., Kraposhina A.Yu., Egorov S.A. Quality of life and adherence to therapy at severe bronchial asthma. *Bulletin Physiology and Pathology of Respiration*. 2019;(74):34–39. (in Russian)] DOI: 10.36604/1998- 5029-2019-74-34-39.
58. Собко Е.А., Демко И.В., Крапошина А.Ю., и др. Оценка показателей качества жизни и роли приверженности в достижении контроля при бронхиальной астме тяжелого течения. *Медицинский совет*. 2021;(16):45–51. [Sobko E.A., Demko I.V., Kraposhina A.Yu., Gordeeva N.V., Ischenko O.P., Egorov S.A., Okulova D.N., Smolnikov N.S., Avdeeva A.I. Assessment of life quality indicators and the role of adherence in achieving control in severe bronchial asthma. *Meditsinskiy sovet*. 2021;(16):45–51. (in Russian)] <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-16-45-51>.
59. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д., и др. Эффекты психофармакотерапии и приверженность пациентов лечению: взаимообусловленность в рамках биопсихосоциальной парадигмы. *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2021;7(2):202-214. [Sorokin M.Yu, Lutova NB, Wied VD, et al. Effects of psychopharmacotherapy and patients' adherence: interdependence within the biopsychosocial paradigm. *Research Results in Biomedicine*. 2021;7(2):202-214. (in Russian)] DOI:10.18413/2658-6533-2021-7-2-0-11
60. Степанова Е.В., Амлаев К.Р., Зафировва В.Б. Онкогинекологическая заболеваемость в РФ. Роль профилактики и приверженности лечению. *Проблемы женского здоровья*. 2014;9(14):63-68. [Stepanova E.V., Amlaev K.R., Zafirova V.B. Gynecological cancer morbidity in the Russian Federation. The role of prevention and treatment adherence. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2014;9(14):63-68. (in Russian)]
61. Суханова С.А., Тимакова А.Ю., Ливзан М.А. и др. Приверженность лечению пациентов с синдромом раздраженного кишечника: состояние вопроса. *Профилактическая медицина*. 2021;24(8):101-108. [Sukhanova SA, Timakova AYu, Livzan MA, Fedorin MM, Skirdenko YuP, Gaus OV, Andreev KA, Gorbenko AV, Plinder MI. Adherence to treatment of patients with irritable bowel syndrome: state of the issue. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2021;24(8):101-108. (in Russian)] <https://doi.org/10.17116/profmed202124081101>

62. Торопцова Н.В., Никитинская О.А., Добровольская О.В. Приверженность лечению больных остеопорозом в реальной клинической практике. *Научно-практическая ревматология*. 2014;52(3):336–341. [Toroptsova N.V., Nikitinskaya O.A., Dobrovolskaya O.V. Treatment adherence in patients with osteoporosis in daily clinical practice. *Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(3):336-341. (in Russian)] <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2014-336-341>

63. Трякин А.А., Бесова Н.С., Волков Н.М. и др. Практические рекомендации по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2021; 11(1). [Tryakin A.A., Besova N.S., Volkov N.M. i dr. *Prakticheskie rekomendacii po obshchim principam provedeniya protivopuholevoj lekarstvennoj terapii*. *Zlokachestvennye opuholi: Prakticheskie rekomendacii RUSSCO #3s2, 2021; 11(1)*. (in Russian)] <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2021-11-3s2-01>

64. Туркина А.Г., Зарицкий А.Ю., Шуваев В.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического миелолейкоза. *Клиническая онкогематология*. 2017; 10(3): 294–316. [Turkina A.G., Zaritskii A.Yu., Shuvaev V.A. et al. *Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of chronic myeloid leukemia*. *Clinical oncohematology*. (in Russian)] <https://doi.org/10.21320/2500-2139-2017-10-3-294-316>

65. Федянин М.Ю., Гладков О.А., Гордеев С.С. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака ободочной кишки и ректосигмоидного соединения. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2021; 11(22). [Fedyanin M.YU., Gladkov O.A., Gordeev S.S. i dr. *Prakticheskie rekomendacii po lekarstvennomu lecheniyu raka obodochnoj kishki i rektosigmoidnogo soedineniya*. *Zlokachestvennye opuholi: Prakticheskie rekomendacii RUSSCO #3s2, 2021; 11(22)*. (in Russian)]

66. Халецкая А.И. Качество жизни и уровень приверженности к терапии у коморбидных больных с хронической обструктивной болезнью легких и хронической сердечной недостаточностью. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2018;20(30):61-64. Khaletskaya A.I. *Quality of life and level of adherence to therapy in comorbid patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure*. *Health and Education Millennium*. 2018;20(30):61-64. (in Russian)] DOI:10.26787/nyd-ha-2226-7425-2018-20-3-61-65.

67. Цаллагова Е.В. Возможности повышения приверженности терапии у пациенток с папилломавирусной инфекцией. *Акушерство и гинекология*. 2014;12:79-82. [Tsallagova E.V. *Possibilities of increasing therapy adherence in patients with papillomavirus infection*. *Obstetrics and Gynecology*. 2014; 12: 79–82. (in Russian)]

68. Чельшева Е.Ю., Галактионова А.В., Туркина А.Г. Проблема приверженности терапии хронического миелолейкоза: понять пациента и найти решения. *Клиническая онкогематология*. 2013;6(3):157-165. [Chelysheva E.Yu., Galaktionova A.V., Turkina A.G. *The problem of adherence to therapy in chronic myeloid leukemia: understanding the patient and making a decision*. *Klinicheskaya onkogematologiya*. 2013;6(3):157-165. (in Russian)]

69. Чикина М.Н., Ильиных Е.В., Елисеев М.С. Приверженность уратснижающей терапии при соблюдении национальных рекомендаций по ведению пациентов с подагрой (предварительные данные). *Современная ревматология*. 2020;14(4):70–75. [Chikina M.N., Ilyinykh E.V., Eliseev M.S. *Adherence to urate-lowering therapy while following the national guidelines for the management of patients with gout (preliminary evidence)*. *Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(4):70-75. (in Russian)] <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2020-4-70-75>

70. Шерстнева Т.В., Скорняков С.Н., Подгараева В.А., Шерстнев С.В., Косова А.А. Пути формирования приверженности лечения больных туберкулезом. *Уральский Медицинский Журнал* 2015; (8(131)):112–116. [Sherstneva T.V., Skornnyakov S.N., Podgaeva V.A., Sherstnev S.V., Tsvetkov A.I. *Multidisciplinary approach to supporting treatment compliance in tuberculosis patients*. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2017;95(1):34-41. (in Russian)] <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-1-34-41>

71. Шинкарев С.А., Каргальская И.Г., Зингерман Б.В., Нозик А.В. Использование цифрового сервиса ОНКОНЕТ для дистанционного мониторинга онкологических пациентов на иммунной и таргетной терапии в условиях пандемии. *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения* 2021; 7(1):14–24. [Shinkarev S.A., Kargalskaya I.G., Zingerman B.V., Nozik A.V. *Experience with ONCONET digital service for telemonitoring of cancer patients on immune and targeted therapy during the pandemic*. *Journal of Telemedicine and E-Health* 2021;7(1):14-24 (in Russian)] <https://doi.org/10.29188/2542-2413-2021-7-1-14-24>

72. Chemekov V.P., Shasheleva A V. Paediatric patient: Child, adult, or both? *Vopr Sovrem Pediatr – Curr Pediatr. Publishing House of the Union of Pediatricians*; 2018;17:408–12.

73. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care* 1986; (1):67–74.

IV. ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

IV. ADHERENCE ASSESSMENT TOOLS

Известные методы оценки лекарственной приверженности традиционно разделяют на прямые, включающие внешний контроль приема препаратов пациентом (в том числе с помощью систем объективного автоматизированного мониторинга) и контроль концентрации применяемого препарата в биологических средах, и косвенные, к которым преимущественно относят методы врачебного опроса и интервьюирования (включая оценку дневников самоконтроля пациентов), учет и подсчет выписанных, реализованных либо использованных препаратов (в т. ч. с применением электронных систем микрочипированного мониторинга расхода препаратов из упаковок), оценку эффективности ожидаемого ответа на проводимую лекарственную терапию целевых клинико-физиологических маркеров пациентов, а также различные опросники и шкалы диагностики приверженности [36, 39].

Прямые методы диагностики лекарственной приверженности, обладая сопоставимо большей объективностью и точностью по сравнению с косвенными, при этом значительно более дорогостоящи, сложны в реализации (в том числе обладая рядом дополнительных правовых и этических ограничений), трудоемки для исследователя (а часто и для пациента), неудобны в условиях текущего быта, поэтому мало подходят для применения в рутинной клинической практике [6]. Применение ряда косвенных методов (в первую очередь – с использованием аппаратов и средств электронного дистанционного мониторинга) в России в настоящее время также является весьма проблематичным в силу нерешенности системных организационных, финансовых и правовых вопросов [6, 12].

Оценка приверженности медицинскому сопровождению и модификации образа жизни пациентов прямыми методами существенно менее разработана, прежде всего – в связи с технологической сложностью и высокой стоимостью таких методов, поэтому не немногочисленные системы контроля такой приверженности в основном основываются на применении диагностических опросников [12, 49].

Known methods for estimating drug adherence are categorized as direct and indirect. Direct ones include external control of the patient's medication intake and control of the concentration of the drug used in biological environments. Indirect methods for estimating drug adherence include interviewing and interviewing techniques, recording and counting prescriptions, amount of drugs sold or used, and assessing the effectiveness of the expected response to drug therapy targeted at clinicalphysiological markers of patients, as well as various questionnaires and scales of diagnosis of adherence [36, 39].

Direct methods of drug adherence assessment are more objective and accurate than indirect methods. Direct methods are more expensive, more complex to implement, labour-intensive for the researcher, uncomfortable in the current living conditions, so they are not suitable for routine clinical application [6]. The application of a number of indirect methods in Russia at present is also problematic due to the unresolved systemic organizational, financial and legal issues [6, 12].

Evaluation of adherence to medical support and lifestyle modification is less developed. This is due to the technological complexity and high cost of such methods, so few systems for monitoring this adherence type are based on diagnostic questionnaires [12, 49].

В результате, несмотря на то, что методы анкетирования – как инструменты оценки приверженности также обладают рядом недостатков (риски непрогнозируемого смещения оценочных суждений респондентов, связанных с особенностями психоэмоционального восприятия и реагирования; потенциальное уменьшение надежности и качества предоставляемых сведений в связи с невозможностью получения объективной системной информации о мнениях, мотивах и ценностях респондентов; возможное искажение при выборе вариантов ответов, связанное с образовательным уровнем, социальным статусом и убеждениями респондентов; потенциальный риск искажения информации, представляемой респондентами при заполнении анкеты и в личном интервью, связанный с невозможностью дифференцировать совокупность их личных представлений, сформировавшихся под влиянием индивидуальной среды и личного опыта, от совокупности личных представлений, сформировавшихся под влиянием социума), их применение в условиях реальной клинической практики является предпочтительным [3, 6, 12, 15, 49].

Традиционный подход к выбору опросников основывается на том, что для диагностики приверженности лечению следует применять тесты с минимальным количеством вопросов, при высоких показателях внутренней согласованности, надежности, чувствительности и специфичности, а также учитывать, для каких респондентов тест был валидирован, диагностирует ли он самооффективность, выявляет ли факторы неприверженности, и учитывает ли уровень грамотности тестируемых лиц [30].

Вместе с тем большинство опросников «короткой шкалы» в отношении диагностической и прогностической способности оценки приверженности демонстрируют результаты в диапазоне от посредственных до крайне неудовлетворительных, и обладают весьма невысокой воспроизводимостью. Поэтому рекомендация по минимизации количества вопросов теста как критерию его выбора, при всей её внешней очевидности, не может быть рассмотрена как обоснованная [3, 12, 16].

По данным систематического обзора шкал для диагностики приверженности Nguyen T.-M., Caze A.L. и Cottrell N., в научной и клинической практике англоговорящих стран применяется более 40 исходно созданных или переведенных на английский язык опросников, оценивающих приверженность лечению [37].

Measuring adherence through questionnaires also has a number of drawbacks. The risks of unanticipated bias in respondents' value judgements may be related to psycho-emotional perceptions and responses. The decrease in reliability and quality of the information provided may be due to the impossibility of obtaining objective and systematic information about the opinions, motives and values of respondents. Bias in the choice of answers may be related to the educational level, social status and beliefs of the respondents. The risk of distortion of the information provided by respondents when filling out the questionnaire and in a personal interview may be related to the inability to differentiate the set of their personal perceptions, formed under the influence of the individual environment and personal experience, from a set of personal representations formed under the influence of society. However, the use of questionnaires in actual clinical practice is preferable [3, 6, 12, 15, 49].

The choice of questionnaires is based on the fact that tests with a minimum number of questions should be used to diagnose adherence to treatment. Parameters like high internal consistency, reliability, sensitivity and specificity are needed. It is important for which respondents the test was validated for, whether it diagnoses self-efficacy, the factors of non-adherence, and the literacy level of tested persons [30].

The «short scale» questionnaires for diagnostic and prognostic adherence assessment show results ranging from mediocre to extremely unsatisfactory. They have a low reproducibility as well. The recommendation to minimise the number of test questions as a criterion of its choice, with all its outward appearances, cannot be considered as valid [3, 12, 16].

In the scientific and clinical practice of English-speaking countries more than 40 questionnaires originally created or translated into English [37].

В России для оценки приверженности также используется достаточно большое количество опросников. Однако реальное применение многих из них часто ограничивается только коллективами авторов-разработчиков этих инструментов, не имеет удовлетворительных данных в отношении ключевых параметров (чувствительности, специфичности и надежности и пр.), а зарубежные инструменты часто должным образом не валидированы [3, 4, 6, 9, 12]. В результате научных работ, содержащих сведения о свойствах опросников и результатах их применения, выполненных на достаточном методологическом уровне и опубликованных в изданиях, соответствующих критериям включения в национальную библиографическую базу данных «Российский индекс научного цитирования» (РИНЦ), не так уж много – 355 (по состоянию на 15 апреля 2022 г.).

Эти публикации включают сведения о применении 11 опросников, четыре из которых представлены двумя вариациями шкал, различных по количеству вопросов: «Morisky Medication Adherence Scale» – 4 и 8; «Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone» – 9 и 14; «The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale» – 13 и 21, «Medication Adherence Report Scale» – 5 и 10).

При этом количество публикаций в отношении конкретных опросников так же очень неравномерно – от 219 посвященных шкале комплайенса Мориски и 62 системе опросников КОП-25, до единичных упоминаний SEAMS и MARS (рис. 1).

Опросники были проанализированы с учетом их охвата целевой аудитории и диагностического диапазона, а также основных статистических характеристик.

Критериями для включения опросников в настоящее руководство были определены:

- а) универсальность: за счет максимально широкого охвата целевой аудитории и/или возможности применения при различных нозологиях (альтернативный критерий – специализированный тест для обособленной целевой группы); за счет максимально широкого диагностического диапазона, включая оценку различных видов фактической и потенциальной приверженности;
- б) надежность: за счет достаточных показателей чувствительности и специфичности; за счет достаточных показателей внутренней устойчивости и степени согласия.
- в) измеримость результата: за счет количественной или полуколичественной шкалы.

Сводные характеристики опросников представлены ниже.

In Russia, a large number of questionnaires to assess adherence is used. The actual application of many of them is limited to the teams of authors of these instruments, and there are no satisfactory data on key parameters. Foreign instruments are often not properly validated [3, 4, 6, 9, 12]. As of April 15, 2022, there are 355 works meeting particular quality criteria: publication in printings matching inclusion criteria to «Russian Index of Scientific Citation» (RISC) and content existence of questionnaires features and their implementation results.

These publications include information on the use of 11 questionnaires, four of which are represented by two variations of scales, different in number of questions: «Morisky Medication Adherence Scale» – 4/8; «Scale of Adherence of Patients with Hypertension Assessment-Hill» – 9/14; «The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale» – 13/21, «Medication Adherence Report Scale» – 5/10).

The number of publications for specific questionnaires is very uneven, ranging from 219 on the Moriski scale and 62 on the QAA-25, to single references to SEAMS and MARS (Figure 1).

The questionnaires were analysed taking into account their target audience, diagnostic range, main statistical characteristics.

The criteria for the inclusion of the questionnaires in this manual were as follows:

- a) *Universality: through the widest possible outreach to the target audience and/or application in different nosologies; through the widest possible diagnostic range, including assessment of various types of actual and potential adherence;*
- b) *Reliability: through sufficient indicators of sensitivity and specificity; through sufficient indicators of internal stability and agreement.*
- c) *Measurement of the result: by means of a quantitative or semi-quantitative scale.*

Summary characteristics of the questionnaires are presented below.



Рисунок 1. Количество публикаций с упоминаниями используемых в Российской Федерации опросников приверженности лечению, включённых в национальную библиографическую базу данных «Российский индекс научного цитирования» (РИНЦ), по состоянию на 15 апреля 2022 г.

Figure 1. The number of publications with references to treatment adherence questionnaires used in the Russian Federation included in the national bibliographic database “Russian Science Citation Index” (RSCI), as of April 15, 2022

Краткий лекарственный опросник / Brief Medication Questionnaire (BMQ)

Год создания / публикации: 1999
Количество вопросов анкеты: 11
Целевая аудитория:
– взрослые (лица 18 лет и старше): да
– дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
– законные представители пациентов: нет / нет данных
– беременные: нет / нет данных
– лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных
Диагностический диапазон:
– приверженность лекарственной терапии: да
– приверженность медицинскому сопровождению: нет / нет данных
– приверженность модификации образа жизни: нет / нет данных
– потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
– потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
– потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет
Статистические характеристики:
– чувствительность: нет данных
– специфичность: нет данных
– внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): нет данных
– внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
– мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных
Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено
Примечания: нет
Источники информации: [42, 45, 48]

Year of creation / publication: 1999
Number of questionnaire questions: 11
Target audience:
– adults (persons 18 years and older): yes
– children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
– legal representatives of patients: no / no data
– pregnant: no / no data
– persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data
Diagnostic range:
– adherence to drug therapy: yes
– adherence to medical support: no / no data
– adherence to lifestyle modification: no / no data
– potential adherence to drug therapy: none
– potential adherence to medical support: none
– potential adherence to lifestyle modification: none
Statistical characteristics:
– sensitivity: no data available
– specificity: no data available
– internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): no data available
– internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data
– a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available
Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder
Notes: none
Sources of information: [42, 45, 48]

Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним / Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)

Год создания / публикации: 2009
Количество вопросов анкеты: 12
Целевая аудитория:
– взрослые (лица 18 лет и старше): да
– дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
– законные представители пациентов: нет / нет данных
– беременные: нет / нет данных
– лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Year of creation / publication: 2009
Number of questionnaire questions: 12
Target audience:
– adults (persons 18 years and older): yes
– children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
– legal representatives of patients: no / no data
– pregnant: no / no data
– persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да
- приверженность медицинскому сопровождению: нет
- приверженность модификации образа жизни: нет
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,814
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
- мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания: нет

Источники информации: [29]

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes
- adherence to medical support: none
- adherence to lifestyle modification: none
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.814
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data
- a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes: none

Sources of information: [29]

**Опросник удовлетворенности лекарственным лечением /
Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ)**

Год создания / публикации: 1999

Количество вопросов анкеты: 1

Целевая аудитория:

- взрослые (лица 18 лет и старше): да
- дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
- законные представители пациентов: нет / нет данных
- беременные: нет / нет данных
- лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: да

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да*
- приверженность медицинскому сопровождению: нет
- приверженность модификации образа жизни: нет
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Year of creation / publication: 1999

Number of questionnaire questions: 1

Target audience:

- adults (persons 18 years and older): yes
- children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
- legal representatives of patients: no / no data
- pregnant: no / no data
- persons with mental or behavioral disorders: yes

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes*
- adherence to medical support: none
- adherence to lifestyle modification: none
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): нет данных
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
- мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

- * – предпочтительно использование для оценки приверженности лиц с психическими расстройствами

Источники информации: [6, 47]

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): no data available
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data available
- a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

- * – preferably used to assess the adherence of individuals with mental disorders

Sources of information: [6, 47]

**Отечественный опросник приверженности терапии /
Domestic questionnaire of adherence to therapy**

Год создания / публикации: 2014

Количество вопросов анкеты: 4

Целевая аудитория:

- взрослые (лица 18 лет и старше): да*
- дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
- законные представители пациентов: нет / нет данных
- беременные: нет / нет данных
- лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да
- приверженность медицинскому сопровождению: нет
- приверженность модификации образа жизни: нет
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,504
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
- мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных

Year of creation / publication: 2014

Number of questionnaire questions: 4

Target audience:

- adults (persons 18 years and older): yes*
- children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
- legal representatives of patients: no / no data
- pregnant: no / no data
- persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes
- adherence to medical support: none
- adherence to lifestyle modification: none
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.504
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data available
- a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

* – для больных гипертонией; не найдено подтверждений об эффективности теста при других хронических заболеваниях

Источники информации: [20]

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

* – for patients with hypertension; no evidence was found of the effectiveness of the test in other chronic diseases

Sources of information: [20]

Система опросников количественной оценки приверженности (КОП-25) / Questionnaire for quantifying adherence

Год создания / публикации: 2008

Количество вопросов анкеты: 25

Целевая аудитория:

- взрослые (лица 18 лет и старше): да
- дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): да
- законные представители пациентов: да
- беременные: да
- лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да
- приверженность медицинскому сопровождению: да
- приверженность модификации образа жизни: да
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: да
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: да
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: да

Статистические характеристики:

- чувствительность: 93%*
- специфичность: 78%*
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,818*; 0,818**; 0,900***
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): 0,832*; 0,857**; 0,912***
- мера степени неслучайного согласия (Когэна каппа, Cohen's kappa): 0,562*; 1,00****; 0,913*****

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

* – для анкеты оценки приверженности взрослых

** – для анкеты оценки приверженности детей и подростков

*** – для анкеты оценки приверженности беременных

Year of creation / publication: 2008

Number of questionnaire questions: 25

Target audience:

- adults (persons 18 years and older): yes
- children and adolescents (persons over the age of 18): yes
- legal representatives of patients: yes
- pregnant: yes
- persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes
- adherence to medical support: yes
- adherence to lifestyle modification: yes
- potential adherence to drug therapy: yes
- potential adherence to medical support: yes
- potential adherence to lifestyle modification: yes

Statistical characteristics:

- sensitivity: 93%*
- specificity: 78%*
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0,818*; 0,818**; 0,900***
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): 0,832*; 0,857**; 0,912***
- a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): 0,562*; 1,00****; 0,913*****

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

* – for the adult adherence assessment questionnaire

** – for a questionnaire assessing the adherence of children and adolescents

*** – for the questionnaire for assessing the adherence of pregnant women

**** – для анкеты оценки приверженности детей и подростков, при согласовании с результатами теста КОП-25 для взрослых

***** – для анкеты оценки приверженности беременных, при согласовании с результатами теста КОП-25 для взрослых

Источники информации: [3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]

**** – for the questionnaire for assessing the adherence of children and adolescents, in accordance with the results of the QAA-25 test for adults

***** – for the questionnaire for assessing the adherence of pregnant women, in accordance with the results of the QAA-25 test for adults

Sources of information: [3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]

Шкала количественной оценки комплаенса / *Compliance quantification scale*

Год создания / публикации: 2007

Количество вопросов анкеты: 25

Целевая аудитория:

– взрослые (лица 18 лет и старше): нет / нет данных

– дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных

– законные представители пациентов: нет / нет данных

– беременные: нет / нет данных

– лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: да

Диагностический диапазон:

– приверженность лекарственной терапии: да*

– приверженность медицинскому сопровождению: нет

– приверженность модификации образа жизни: нет

– потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет

– потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет

– потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

– чувствительность: нет данных

– специфичность: нет данных

– внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,831

– внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных

– мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

* – предпочтительно использование для оценки приверженности лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Источники информации: [1, 2, 8, 9]

Year of creation / publication: 2007

Number of questionnaire questions: 25

Target audience:

– adults (persons 18 years and older): no / no data

– children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data

– legal representatives of patients: no / no data

– pregnant women: no / no data

– persons with mental disorders or behavioral disorders: yes

Diagnostic range:

– adherence to drug therapy: yes*

– adherence to medical support: none

– adherence to lifestyle modification: none

– potential adherence to drug therapy: none

– potential adherence to medical support: none

– potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

– sensitivity: no data available

– specificity: no data available

– internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.831

– internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data available

– a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

* – Preferably used to assess the adherence of individuals with mental and behavioral disorders

Sources of information: [1, 2, 8, 9]

Шкала комплайенса Morisky / 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)

Год создания / публикации: 1986
Количество вопросов анкеты: 4
Целевая аудитория:
– взрослые (лица 18 лет и старше): да
– дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
– законные представители пациентов: нет / нет данных
– беременные: нет / нет данных
– лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных
Диагностический диапазон:
– приверженность лекарственной терапии: да
– приверженность медицинскому сопровождению: нет
– приверженность модификации образа жизни: нет
– потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
– потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
– потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет
Статистические характеристики:
– чувствительность: 44%
– специфичность: 47%
– внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,61
– внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
– мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных
Особые указания: является коммерческим продуктом (лицензиар MMAS Research LLC (MRL) D. Morisky & S. Trubof); правообладателем разрешено использование (в том числе в научных исследованиях) только на условиях коммерческого лицензионного договора
Примечания: нет
Источники информации: [4, 5, 7, 10, 11, 21, 26, 31, 32, 33, 35, 40, 41]

Year of creation / publication: 1986
Number of questionnaire questions: 4
Target audience:
– adults (persons 18 years and older): yes
– children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
– legal representatives of patients: no / no data
– pregnant: no / no data
– persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data
Diagnostic range:
– adherence to drug therapy: yes
– adherence to medical support: none
– adherence to lifestyle modification: none
– potential adherence to drug therapy: none
– potential adherence to medical support: none
– potential adherence to lifestyle modification: none
Statistical characteristics:
– sensitivity: 44%
– specificity: 47%
– internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.61
– internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data
– a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available
Special instructions: it is a commercial product (licensor of MMAS Research LLC (MRL) D. Morisky & S. Trubof); the copyright holder is allowed to use (including in scientific research) only under the terms of a commercial license agreement
Notes: none
Sources of information: [4, 5, 7, 10, 11, 21, 26, 31, 32, 33, 35, 40, 41]

Шкала комплайенса Morisky / 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)

Год создания / публикации: 2008
Количество вопросов анкеты: 8
Целевая аудитория:
– взрослые (лица 18 лет и старше): да
– дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных

Year of creation / publication: 2008
Number of questionnaire questions: 8
Target audience:
– adults (persons 18 years and older): yes
– children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data

– законные представители пациентов: нет / нет данных

– беременные: нет / нет данных

– лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Диагностический диапазон:

– приверженность лекарственной терапии: да

– приверженность медицинскому сопровождению: нет

– приверженность модификации образа жизни: нет

– потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет

– потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет

– потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

– чувствительность: 93%*

– специфичность: 53%*

– внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,83*

– внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных

– мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных

Особые указания: является коммерческим продуктом (лицензиар MMAS Research LLC (MRL) D. Morisky & S. Trubof); правообладателем разрешено использование (в том числе в научных исследованиях) только на условиях коммерческого лицензионного договора

Примечания:

* – указанные значения не подтверждаются в опубликованных работах других исследователей

Источники информации: [10, 11, 21, 23, 26, 31, 32, 33, 34, 38, 40, 44]

– legal representatives of patients: no / no data

– pregnant: no / no data

– persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Diagnostic range:

– adherence to drug therapy: yes

– adherence to medical support: none

– adherence to lifestyle modification: none

– potential adherence to drug therapy: none

– potential adherence to medical support: none

– potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

– sensitivity: 93%*

– specificity: 53%*

– internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.83*

– internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data available

– a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Special instructions: it is a commercial product (licensor of MMAS Research LLC (MRL) D. Morisky & S. Trubof); the copyright holder is allowed to use (including in scientific research) only under the terms of a commercial license agreement

Notes:

* – these values are not confirmed in the published works of other researchers

Sources of information: [10, 11, 21, 23, 26, 31, 32, 33, 34, 38, 40, 44]

Шкала оценки приверженности больных гипертонией Hill-Bone /

Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone (HB-9, HB-14)

Год создания / публикации: 2000

Количество вопросов анкеты: 14 (9)*

Целевая аудитория:

– взрослые (лица 18 лет и старше): да**

– дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных

– законные представители пациентов: нет / нет данных

– беременные: нет / нет данных

– лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Year of creation / publication: 2000

Number of questionnaire questions: 14 (9)*

Target audience:

– adults (persons 18 years and older): yes**

– children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data

– legal representatives of patients: no / no data

– pregnant: no / no data

– persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да**
- приверженность медицинскому сопровождению: да***
- приверженность модификации образа жизни: да***
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,68
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
- мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): 0,39

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

- * – для изолированной оценки приверженности лекарственной терапии используется анкета, включающая 9 вопросов первой субшкалы теста
- ** – для больных гипертонией; не найдено подтверждений об эффективности теста при других хронических заболеваниях
- *** – тестируются только отдельные аспекты приверженности

Источники информации: [27, 28]

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes**
- adherence to medical support: yes***
- adherence to lifestyle modification: yes***
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.68
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data
- measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): 0.39

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

- * – for an isolated assessment of adherence to drug therapy, a questionnaire is used, including 9 questions of the first subscale of the test
- ** – for patients with hypertension; no evidence was found of the effectiveness of the test in other chronic diseases
- *** – only certain aspects of adherence are tested

Sources of information: [27, 28]

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии / Scale of adherence of the National Society of Evidence-Based Pharmacotherapy

Год создания / публикации: 2018

Количество вопросов анкеты: 4

Целевая аудитория:

- взрослые (лица 18 лет и старше): да
- дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
- законные представители пациентов: нет / нет данных
- беременные: нет / нет данных
- лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да
- приверженность медицинскому сопровождению: нет

Year of creation / publication: 2018

Number of questionnaire questions: 4

Target audience:

- adults (persons 18 years and older): yes
- children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
- legal representatives of patients: no / no data
- pregnant: no / no data
- persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes
- adherence to medical support: none

- приверженность модификации образа жизни: нет
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,77
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
- мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): 0,21*

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

* – при согласовании с результатами теста по 8-item Morisky Medication Adherence Scale

Источники информации: [6, 11]

- adherence to lifestyle modification: none
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.77
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data
- measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): 0.21*

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

* – in agreement with the test results on the 8-item Morisky Medicine Adhesion Scale

Sources of information: [6, 11]

Шкала репортирования приверженности к приему лекарств / Medication Adherence Report Scale (MARS-5, MARS-10)

Год создания / публикации: 2000

Количество вопросов анкеты: 10 (5)*

Целевая аудитория:

- взрослые (лица 18 лет и старше): да
- дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
- законные представители пациентов: нет / нет данных
- беременные: нет / нет данных
- лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: да

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да**
- приверженность медицинскому сопровождению: нет
- приверженность модификации образа жизни: нет
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Year of creation / publication: 2000

Number of questionnaire questions: 10 (5)*

Target audience:

- adults (persons 18 years and older): yes
- children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
- legal representatives of patients: no / no data
- pregnant: no / no data
- persons with mental or behavioral disorders: yes

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes**
- adherence to medical support: none
- adherence to lifestyle modification: none
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,6**
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных
- мера степени неслучайного согласия (Коэна каппа, Cohen's kappa): нет данных

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

- * – для оценки приверженности рекомендована анкета, включающая 5 вопросов
- ** – предпочтительно использование для оценки приверженности лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Источники информации: [22, 25, 46]

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.6**
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data
- a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

- * – a questionnaire including 5 questions is recommended for assessing adherence
- ** – preferably used to assess the adherence of individuals with mental and behavioral disorders

Sources of information: [22, 25, 46]

Шкала самоэффективности в применении лекарств /

The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS-13, SEAMS-21)

Год создания / публикации: 2007

Количество вопросов анкеты: 21 (13)*

Целевая аудитория:

- взрослые (лица 18 лет и старше): да
- дети и подростки (лица, на достигшие 18 лет): нет / нет данных
- законные представители пациентов: нет / нет данных
- беременные: нет / нет данных
- лица с психическими расстройствами или расстройствами поведения: нет / нет данных

Диагностический диапазон:

- приверженность лекарственной терапии: да
- приверженность медицинскому сопровождению: нет
- приверженность модификации образа жизни: нет
- потенциальная приверженность лекарственной терапии: нет
- потенциальная приверженность медицинскому сопровождению: нет
- потенциальная приверженность модификации образа жизни: нет

Статистические характеристики:

- чувствительность: нет данных
- специфичность: нет данных
- внутренняя устойчивость теста (Кронбаха альфа, Cronbach's alpha, α): 0,89**
- внутренняя устойчивость теста на основе стандартизированных пунктов (Cronbach's alpha, α_{st}): нет данных

Year of creation / publication: 2007

Number of questionnaire questions: 21 (13)*

Target audience:

- adults (persons 18 years and older): yes
- children and adolescents (persons over the age of 18): no / no data
- legal representatives of patients: no / no data
- pregnant: no / no data
- persons with mental disorders or behavioral disorders: no / no data

Diagnostic range:

- adherence to drug therapy: yes
- adherence to medical support: none
- adherence to lifestyle modification: none
- potential adherence to drug therapy: none
- potential adherence to medical support: none
- potential adherence to lifestyle modification: none

Statistical characteristics:

- sensitivity: no data available
- specificity: no data available
- internal stability of the test (Cronbach's alpha, Cronbach's alpha, α): 0.89**
- internal stability of the test based on standardized points (Cronbach's alpha, α_{st}): no data

– мера степени неслучайного согласия (Коэ-на каппа, Cohen's kappa): нет данных

Особые указания: не является коммерческим продуктом; ограничений для использования правообладателем не установлено

Примечания:

* – для оценки приверженности рекомендована анкета, включающая 13 вопросов

** – для анкеты, включающей 13 вопросов

Источники информации: [43]

– a measure of the degree of non-random consent (Cohen's kappa, Cohen's kappa): no data available

Special instructions: it is not a commercial product; there are no restrictions for use by the copyright holder

Notes:

* – a questionnaire including 13 questions is recommended for assessing adherence

** – for a questionnaire including 13 questions

Sources of information: [43]

Резюме / Resume

Анализ показывает, что в наибольшей степени критериям включения в руководство соответствует Система опросников количественной оценки приверженности КОП-25. Это единственный инструмент, позволяющий оценить приверженность по всем трем шкалам – лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни. Он же является единственным инструментом оценки потенциальной приверженности лечению. Из изученных опросников КОП-25 обладает наибольшим охватом целевой аудитории, позволяя оценивать приверженность во всех ключевых целевых группах, за исключением лиц с психическими расстройствами или расстройствами поведения (опубликованная информация о таких исследованиях с применением этого опросника отсутствует). Опросник продемонстрировал достаточные показатели надежности.

Для оценки приверженности лиц с психическими расстройствами или расстройствами поведения из рассмотренных могут применяться три опросника, из которых ближе всего к критериям включения Шкала количественной оценки комплайенса, являющаяся специализированным опросником с количественной шкалой, обладающая высоким уровнем внутренней устойчивости и имеющая подробное методологическое обоснование.

Таким образом, в настоящее руководство в качестве основных инструментов оценки приверженности включены два инструмента – «Система опросников количественной оценки приверженности КОП-25» и «Шкала количественной оценки комплайенса».

The analysis shows that to the greatest extent the criteria for inclusion in the manual correspond to the System of questionnaires for quantifying the adherence of the CPC-25. This is the only tool that allows you to assess adherence on all three scales – drug therapy, medical support and lifestyle modification. It is also the only tool for assessing potential adherence to treatment. Of the studied CPC-25 has the largest coverage of the target audience, allowing to assess adherence in all key target groups, with the exception of persons with mental disorders or behavioral disorders (there is no published information about such studies using this questionnaire). The questionnaire demonstrated sufficient reliability indicators.

To assess the adherence of persons with mental disorders or behavioral disorders, three questionnaires can be used from the considered ones, of which the Quantitative Compliance Assessment Scale, which is a specialized questionnaire with a quantitative scale, has a high level of internal stability and has a detailed methodological justification, is closest to the inclusion criteria.

Thus, two tools are included in this guide as the main tools for assessing adherence – the “КОП-25 Quantitative Assessment Questionnaire System” and the “Compliance Quantification Scale”.

Список литературы к разделу / *References to the section*

1. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 1. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2007;1(2):7-9. [Vid V.D., Lutova N.B., Borcov A.V. Ocenka sub'ektivnoj udovletvorennosti bol'nogo lecheniem v psixiatricheskom stacionare: sostoyanie voprosa. Soobshchenie 1. Obzrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2007;1(2):7-9. (in Russian)]
2. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 24. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2007;2(4):8-10. [Vid V.D., Lutova N.B., Borcov A.V. Ocenka sub'ektivnoj udovletvorennosti bol'nogo lecheniem v psixiatricheskom stacionare: sostoyanie voprosa. Soobshchenie 24. Obzrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2007;2(4):8-10.]
3. Дранкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа 2018;1.2(13):259-271. [Drapkina O.M., Livzan M.A., Martynov A.I., Moiseev S.V., Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P. et al. The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. Medical news of North Caucasus 2018;1.2(13):259-271 (in Russian)] DOI: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>
4. Калашишникова М.Ф., Бондарева И.Б., Лиходей Н.В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения. Лечащий врач. 2015;3:27-33. [Kalashnikova MF, Bondareva IB, Likhodey NV. Adherence to the treatment in 2nd type diabetes mellitus: definition of the notion, modern methods of the treatment assessment by the patients. Attending physician. 2015;3:27-33.(in Russian)]
5. Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П. и др. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. Клиницист. 2012;2:45-9. [Lukina YV, Ginzburg ML, Smirnov VP, et al. Treatment compliance in patients with acute coronary syndrome before hospitalization. Clinician. 2012;(2):41-9. (in Russian)] doi:10.17650/1818-8338-2012-6-2-41-49
6. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Дранкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2562. [Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. Questionnaires and scores for assessing medication adherence – advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(3):2562. (in Russian)] doi:10.15829/1728-8800-2020-2562
7. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016;12(1):63-5. [Lukina YV, Martsevich SYu, Kutishenko NP. The Morisky-Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2016;12(1):63-5. (in Russian)] doi:10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65.
8. Лутова Н.Б. Взаимосвязь между субъективной удовлетворенности лечением и комплайенса больных психозами. Российский психиатрический журнал. 2012;6:65-68. [Lutova N.B. Relationship between subjective satisfaction with treatment and compliance in psychotic patients. Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. 2012;6:65-68. (in Russian)]
9. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб. 2007. 17с. [Lutova N.B., Borcov A.V., Vid V.D., Vuks A.YA. Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplajensa v psixiatrii: metodicheskie rekomendacii. SPb. 2007. 17s.(in Russian)]
10. Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Оценка приверженности к лечению и факторов, влияющих на нее, у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при назначении никорандила. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2017;13(6):776-86. [Martsevich SYu, Lukina YV, Kutishenko NP, et al. Assessment of adherence to treatment and factors affecting it in patients with stable ischemic heart disease during therapy with nicorandil. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2017;13(6):776-86.(in Russian)] doi:10.20996/1819-6446-2017-13-6-776-786.
11. Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Приверженность к приему новых оральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике (результаты исследования АНТЕЙ). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2019;15(6):864-72. [Martsevich SYu, Lukina YV, Kutishenko NP, et al. Adherence to Treatment with New Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation Patients in Real Clinical Practice (Results of the ANTEY Study). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2019;15(6):864-72.(in Russian)] doi:10.20996/1819-6446-2019-15-6-864-872.

12. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с. [Nikolaev N.A. *Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoj terapii*. M.: Izdatel'skij dom «Akademiya estestvoznaniya», 2008. 92 s. (in Russian)]
13. Николаев Н.А. Пациенториентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. *Врач* 2016;4:82-85 [N. Nikolaev *Patient-oriented antihypertensive therapy: clinical guidelines for the practitioner*. *Vrach* 2016;4:82-85(in Russian)]
14. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. *Терапия* 2018;5:11-32. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M., Livzan M.A. dr. ot imeni Komitata ekspertov. *Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu*. *Terapiya* 2018;5:11-32 (in Russian)] DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2018.5.11-32>
15. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. *Consilium-Medicum* 2020;5:9-18. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P. et al. *Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations*. *RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. Consilium Medicum*. 2020; 22 (5): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078 (in Russian)] DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078.
16. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2020;15(4):461-468. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P., Anisimov V.N., Vasilieva I.A. et al. *Treatment management based on adherence: patient recommendation algorithms. Cross-disciplinary guidelines*. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(4):461-468 (in Russian)] <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109>.
17. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия* 2018;1(27):74-78. [N.A. Nikolayev, Yu.P. Skirdenko. *Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy*. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 2018, 27 (1), 74-78 (in Russian)]
18. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А., Горбенко А.В., Андреев К.А., Федорин М.М., Ливзан М.А., Чебаненко Е.В., Усов Г.М. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2021;17(6):845-852. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12. [Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P., Balabanova A.A., Gorbenko A.V., Andreev K.A., Fedorin M.M., Livzan M.A., Chebanenko E.V., Usov G.M. *The Scale of Quantitative Assessment Adherence to Treatment «QAA-25»: Updating of Formulations, Constructive and Factor Validity and a Measure of Consent*. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(6):845-852 (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-12-12>
19. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. *Качественная клиническая практика*. 2016;1:50-9. [Nikolaev NA, Skirdenko YP, Zherebilov VV. *Quantitative assessment of treatment adherence in clinical medicine: Protocol, procedure, interpretation*. *Quality clinical practice*. 2016;1:50-9.(in Russian)]
20. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д. Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике. *Системные гипертензии*. 2014;2:13-6. [Fofanova TV, Ageev FT, Smirnova MD. *Domestic questionnaire of adherence to therapy: testing and application in outpatient practice*. *Systemic hypertension*. 2014;2:13-6.(in Russian)]
21. Arnet I, Metaxas C, Walter PN. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale translated in German and validated against objective and subjective polypharmacy adherence measures in cardiovascular patients. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(2):271-7. doi:10.1111/jep.12303.
22. Chan AHY, Horne R, Hankins M, Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2020;86:1281-1288
23. Cuevas CI, Penate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol*. 2015;15:121-9. doi:10.1016/j.ijchp.2014.11.003.
24. Eisenberger U, Wuthrich RP, Bock A, et al. Medication adherence assessment: high accuracy of the new Ingestible Sensor System in kidney transplants. *Transplantation*. 2013;96(3):245-50. doi:10.1097/TP.0b013e31829b7571.
25. Fialko L, Garety PA, Kuipers E, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res*. 2008;100:53-9. doi:10.1016/j.schres.2007.10.029.
26. JMIR Publications. What is your policy regarding access to critical research tools and instruments (eg, questionnaires)? 2018. Available at <https://jmir.zendesk.com/hc/en-us/articles/360000547811>.

27. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000;15(3):90-6. doi:10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x.
28. Koschack J, Marx G, Schnakenberg J, et al. Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(6):299-306. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.011.
29. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health*. 2009;12(1):118-23. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x.
30. Lavsas SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2011;51(1):90-4. doi:10.1331/JAPhA.2011.09154. 8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
31. Marcus A. Pay up or retract? Survey creator's demands for money rile some health researchers. Washington, DC: ScienceMag.org; 2017. Available at <https://www.sciencemag.org/news/2017/09/pay-or-retract-survey-creators-demands-money-rile-somehealth-researchers>.
32. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and metaanalysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187139. doi:10.1371/journal.pone.0187139.
33. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, et al. Correction: Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. *PLoS One*. 2018;13(4):e0196138. doi:10.1371/journal.pone.0196138.
34. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
35. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
36. Nau DP. Proportion of days covered (PDC) as a preferred method of measuring medication adherence. Source: <http://ep.yimg.com/ty/cdn/epill/pdcmpr.pdf>.
37. Nguyen T-M, Caze AL, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427-45. doi:10.1111/bcp.12194.
38. Okello S, Nasasira B, Muiru AN, Musingo A. Validity and Reliability of a Self-Reported Measure of Antihypertensive Medication Adherence in Uganda. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158499. doi:10.1371/journal.pone.0158499.
39. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97. doi:10.1056/NEJMra050100.
40. Park SP, Lee EYJ. How should medical researchers respond to false copyright infringement claims? *Sci Ed*. 2019;6(2):137-41. doi:10.6087/kcse.174.
41. Pineiro F, Gil V, Donis M, et al. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. *Aten. Primaria*. 1997;19 (7):372-4.
42. Rickles NM, Svarstad. Relationships between multiple self-reported nonadherence measures and pharmacy records. *Res Social Adm Pharm*. 2007;3:363-77. doi:10.1016/j.sapharm.2006.11.001.
43. Risser J, Jacobson TA, Kripalani S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. *J Nurs Meas*. 2007;15(3):203-19. doi:10.1891/106137407783095757.
44. Sakthong P, Chabunthom R, Charoevisuthiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother*. 2009;43:950-7. doi:10.1345/aph.1L453.
45. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113-24. doi:10.1016/s0738-3991(98)00107-4.
46. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42:241-7. doi:10.1016/s0920-9964(99)00130-9.
47. Vernon MK, Revicki DA, Awad AG, et al. Psychometric evaluation of the Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ) to assess satisfaction with antipsychotic medication among schizophrenia patients. *Schizophr Res*. 2010;118:271-8. doi:10.1016/j.schres.2010.01.021.
48. Warren SR, Raisch DW, Campbell HM, et al. Medication adherence assessment in a clinical trial with centralized follow-up and direct-to-patient drug shipments. *Clin Trials*. 2013;10(3):441-8. doi:10.1177/1740774511410331.
49. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003 – 211 p. Available at https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

V. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

V. GENERAL CHARACTERISTICS OF THE MAIN INDICATORS OF ADHERENCE

5.1. Показатели приверженности лекарственной терапии / *Indicators of adherence to drug therapy*

Приверженность лекарственной терапии – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределённо долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел <*>. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше приверженность лекарственной терапии.

<*> Здесь и далее: когда значение представлено не целым числом, если $N + 1$ знак < 5 , то N -й знак сохраняют, а $N + 1$ и все последующие обнуляют; если $N + 1$ знак ≥ 5 , то N -й знак увеличивают на единицу, а $N + 1$ и все последующие обнуляют.

Важность лекарственной терапии – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше важность лекарственной терапии.

Adherence to drug therapy is a quantitative indicator expressed as a conditional percentage of «absolute adherence» (accepted for 100%). It describes the respondent's ability to implement recommendations regarding the volume and frequency of drug use for an indefinite period of time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round their computation values to the nearest integer to the integer <>. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.*

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the adherence to drug therapy.

<*> Here and further: when the value is not represented by an integer, if $N + 1$ sign < 5 , then the n th sign is kept, and $N + 1$ and all subsequent ones are zeroed; if $N + 1$ sign ≥ 5 , then the n th sign is increased by one, and $N + 1$ and all subsequent ones are zeroed.

The importance of drug therapy is a quantitative indicator, expressed in points. It describes the importance for the respondent of the obligation for the recommended volume, frequency and duration of medication. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater the value obtained, the greater the importance of drug therapy.

Готовность к лекарственной терапии – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше готовность к лекарственной терапии.

Коэффициент предикции лекарственной терапии – количественный показатель (числовой множитель), выражаемый в натуральных числах. Характеризует прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении лекарственной терапии. Наименьшее возможное значение показателя – 0,16(6), наибольшее возможное значение – 6. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до десятых (оставляя один знак после запятой). Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем выше прогнозируемая вероятность выполнения рекомендаций в отношении лекарственной терапии; при значениях показателя меньше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, более низкую», чем ожидаемую на основании расчета показателя приверженности лекарственной терапии; при значениях показателя больше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, ожидаемую или более высокую», чем ожидаемую на основании расчета показателя приверженности лекарственной терапии.

Потенциальная приверженность лекарственной терапии – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной потенциальной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности приема лекарственных средств на протяжении неопределенно долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%. Поставщикам медицинских

***Readiness for drug therapy** is a quantitative indicator, expressed in points. It is the manifestation of the respondent's intention to comply with recommendations regarding the volume, frequency and duration of medication. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.*

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the readiness for drug therapy.

***The predictive coefficient of drug therapy** is a quantitative indicator expressed in natural numbers. It describes the predicted probability of the respondent's compliance with recommendations for drug therapy. The lowest possible value is 0.16(6) and the highest possible value is 6. Health service providers are advised to round the rounding rule to the nearest whole to the tenth. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.*

Interpretation: the higher is the obtained value, the higher is the predicted probability of implementation of recommendations for drug therapy. If the value is less than 1.0, the respondent's ability to make recommendations should be considered «probably lower» than expected based on the estimation of the adherence rate. For an indicator greater than 1.0, the respondent's ability to make recommendations should be considered as «likely, expected or higher» than expected based on the estimation of adherence to medication.

***Potential adherence to drug therapy** is a quantitative indicator expressed as a conditional percentage of «absolute potential adherence» (accepted for 100%). It describes the ability of the respondent to implement possible recommendations regarding the volume and frequency of medication for an indefinite time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact*

услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше потенциальная приверженность лекарственной терапии.

Потенциальная важность лекарственной терапии – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует предполагаемую значимость для респондента обязательств в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше предполагаемая важность лекарственной терапии.

Потенциальная готовность к лекарственной терапии – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует предполагаемую выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема, кратности и продолжительности приема лекарственных средств. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше предполагаемая готовность к лекарственной терапии.

Коэффициент потенциальной предикции лекарственной терапии – количественный показатель (числовой множитель), выражаемый в натуральных числах. Характеризует прогнозируемую вероятность возможного выполнения респондентом рекомендаций в отношении лекарственной терапии. Наименьшее возможное значение показателя – 0,16(6), наибольшее возможное значение – 6. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до десятых (оставляя один знак после запятой). Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the potential adherence to drug therapy.

The potential importance of drug therapy is a quantitative indicator expressed in points. It describes the importance for the respondent of the obligations regarding the volume, frequency and duration of medication. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the perceived importance of drug therapy.

Potential readiness for drug therapy is a quantitative indicator expressed in scores. It is the manifestation of the respondent's intention to comply with recommendations regarding the volume, frequency and duration of medication. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the expected readiness for drug therapy.

The coefficient of potential prediction of drug therapy is a quantitative indicator (numerical multiplier) expressed in natural numbers. It describes the predicted probability of the respondent's possible compliance with the recommendations for drug therapy. The lowest possible value is 0.16(6) and the highest possible value is 6. Health service providers are advised to round the rounding rule to the nearest whole to the tenth. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем выше прогнозируемая вероятность возможного выполнения рекомендаций в отношении потенциальной лекарственной терапии; при значениях показателя меньше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, более низкую», чем ожидаемую на основании расчета показателя потенциальной приверженности лекарственной терапии; при значениях показателя больше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, ожидаемую или более высокую», чем ожидаемую на основании расчета показателя потенциальной приверженности лекарственной терапии.

Interpretation: The higher is the value obtained, the higher is the predicted probability of possible implementation of recommendations for potential drug therapy. At values below 1.0, the respondent's ability to make recommendations should be considered as «probably lower» than expected based on the calculation of potential adherence to drug therapy. For an indicator above 1.0, the respondent's ability to make recommendations should be considered as «likely, expected or higher» than expected based on the estimation of potential adherence.

Interpretation: the greater the value obtained, the greater the expected readiness for drug therapy.

5.2. Показатели приверженности медицинскому сопровождению / *Indicators of adherence to medical support*

Приверженность медицинскому сопровождению – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределённо долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Adherence to medical support is a quantitative indicator, expressed as a conditional percentage of «absolute adherence». It describes the respondent's ability to comply with recommendations regarding the extent and frequency of medical observation over an indefinite period of time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the adherence to medical support.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше приверженность медицинскому сопровождению.

Важность медицинского сопровождения – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного объема и кратности медицинского наблюдения. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

The importance of medical support is a quantitative indicator, expressed in points. It describes the significance for the respondent of the obligation for the recommended volume and frequency of medical observation. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the importance of medical support.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше важность медицинского сопровождения.

Готовность к медицинскому сопровождению – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше готовность к медицинскому сопровождению.

Коэффициент предикции медицинского сопровождения – количественный показатель (числовой множитель), выражаемый в натуральных числах. Характеризует прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении медицинского сопровождения. Наименьшее возможное значение показателя – 0,16(6), наибольшее возможное значение – 6. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до десятых (оставляя один знак после запятой). Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем выше прогнозируемая вероятность выполнения рекомендаций в отношении медицинского сопровождения; при значениях показателя меньше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, более низкую», чем ожидаемую на основании расчета показателя приверженности медицинскому сопровождению; при значениях показателя больше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, ожидаемую или более высокую», чем ожидаемую на основании расчета показателя приверженности медицинскому сопровождению.

Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной потенциальной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения на протяжении неопределенно долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%.

Readiness for medical support is a quantitative indicator, expressed in points. It shows the manifestation of the respondent's intention to implement the recommendations on the scope and frequency of medical observation. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the readiness for medical support.

The predictive coefficient of medical support is a quantitative indicator expressed in natural numbers. It describes the predicted probability of the respondent's compliance with recommendations regarding medical support. The lowest possible value is 0.16(6) and the highest possible value is 6. Health service providers are advised to round the rounding rule to the nearest whole to the tenth. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the higher is the value obtained, the higher is the predicted probability of compliance with the recommendations for medical support. If the response rate is less than 1.0, the respondent's ability to implement the recommendations should be considered as «probably lower» than expected based on the calculation of the rate of adherence to medical support. For an indicator greater than 1.0, the respondent's ability to comply with recommendations should be considered as «likely, expected or higher» than expected based on the calculation of adherence to medical support.

Potential adherence to medical support is a quantitative indicator expressed as a conditional percentage of «absolute potential adherence» (accepted for 100%). It describes the ability of the respondent to implement possible recommendations regarding the scope and frequency of medical observation over an indefinite period of time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding

Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше потенциальная приверженность медицинскому сопровождению.

Потенциальная важность медицинского сопровождения – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует предполагаемую значимость для респондента обязательств в отношении объема и кратности медицинского наблюдения. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше предполагаемая важность лекарственной терапии.

Потенциальная готовность к медицинскому сопровождению – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует предполагаемую выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении объема и кратности медицинского наблюдения. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше предполагаемая готовность к медицинскому сопровождению.

Коэффициент потенциальной предикции медицинского сопровождения – количественный показатель (числовой множитель), выражаемый в натуральных числах. Характеризует прогнозируемую вероятность возможного выполнения респондентом рекомендаций в отношении медицинского сопровождения. Наименьшее возможное значение показателя – 0,16(6), наибольшее возможное значение – 6. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до десятых (оставляя один знак после запятой). Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the potential adherence to medical support.

The potential importance of medical support is a quantitative indicator expressed in points. It describes the expected significance for the respondent of the obligations regarding the scope and frequency of medical observation. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the perceived importance of drug therapy.

Potential readiness for medical support is a quantitative indicator, expressed in points. It describes the perceived intention of the respondent to comply with recommendations regarding the scope and frequency of medical observation. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: The greater is the value obtained, the greater is the expected readiness for medical support.

The coefficient of potential prediction of medical support is a quantitative indicator expressed in natural numbers. It describes the predicted likelihood that the respondent will be able to comply with the recommendations for medical support. The lowest possible value is 0.16(6) and the highest possible value is 6. Health service providers are advised to round the rounding rule to the nearest whole to the tenth. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем выше прогнозируемая вероятность возможного выполнения рекомендаций в отношении потенциального медицинского сопровождения; при значениях показателя меньше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, более низкую», чем ожидаемую на основании расчета показателя потенциальной приверженности медицинскому сопровождению; при значениях показателя больше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, ожидаемую или более высокую», чем ожидаемую на основании расчета показателя потенциальной приверженности медицинскому сопровождению.

Interpretation: The higher is the value obtained, the higher is the predicted likelihood of potential follow-up recommendations. If the value is less than 1.0, the respondent's ability to comply with recommendations should be considered «probably lower» than expected based on the calculation of the indicator of potential adherence to medical support. For an indicator above 1.0, the respondent's ability to comply with recommendations should be assessed as being «likely, expected or higher» than expected from the calculation of the indicator of potential adherence to medical support.

5.3. Показатели приверженности модификации образа жизни / *Indicators of adherence to lifestyle modification*

Приверженность модификации образа жизни – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределённо долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше приверженность модификации образа жизни.

Важность модификации образа жизни – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует значимость для респондента обязательств в отношении рекомендованного изменения образа жизни. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше важность модификации образа жизни.

Adherence to lifestyle modification is a quantitative indicator, expressed as a conditional percentage of «absolute adherence» (accepted for 100%). It describes the respondent's ability to make recommendations for lifestyle changes over an indefinite period of time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the adherence to lifestyle modification.

The importance of lifestyle modification is a quantitative indicator expressed in scores. It describes the importance for the respondent of the obligations for the recommended lifestyle change. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the importance of lifestyle modification.

Готовность к модификации образа жизни – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше готовность к модификации образа жизни.

Коэффициент предикции модификации образа жизни – количественный показатель (числовой множитель), выражаемый в натуральных числах. Характеризует прогнозируемую вероятность выполнения респондентом рекомендаций в отношении модификации образа жизни. Наименьшее возможное значение показателя – 0,16 (6), наибольшее возможное значение – 6. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до десятых (оставляя один знак после запятой). Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем выше прогнозируемая вероятность выполнения рекомендаций в отношении модификации образа жизни; при значениях показателя меньше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, более низкую», чем ожидаемую на основании расчета показателя приверженности модификации образа жизни; при значениях показателя больше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, ожидаемую или более высокую», чем ожидаемую на основании расчета показателя приверженности модификации образа жизни.

Потенциальная приверженность модификации образа жизни – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной потенциальной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении изменения образа жизни на протяжении неопределенно долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения

Readiness for lifestyle modification is a quantitative indicator, expressed in points. It describes the manifestation of the respondent's intention to implement recommendations for lifestyle change. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the willingness to modify the lifestyle.

The predictive coefficient of lifestyle modification is a quantitative indicator expressed in natural numbers. It describes the predicted probability of the respondent's recommendations for lifestyle modification. The lowest possible value is 0.16(6) and the highest possible value is 6. Health service providers are advised to round the rounding rule to the nearest whole to the tenth. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: The higher is the value obtained, the higher is the predicted probability that lifestyle recommendations will be implemented. If the value is less than 1.0, the respondent's ability to implement recommendations should be considered as «probably lower» than expected from the calculation of the adherence to modifying lifestyles. For an indicator greater than 1.0, the respondent's ability to implement recommendations should be considered as «likely, expected or higher» than expected from the calculation of the adherence to lifestyle modification.

Potential adherence to lifestyle modification is a quantitative indicator, expressed as a conditional percentage of the «absolute potential adherence» (accepted for 100%). It describes the respondent's ability to make recommendations for possible lifestyle changes over an indefinite period of time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел. Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше потенциальная приверженность модификации образа жизни.

Потенциальная важность модификации образа жизни – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует предполагаемую значимость для респондента обязательств в отношении изменения образа жизни. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше предполагаемая важность модификации образа жизни.

Потенциальная готовность к модификации образа жизни – количественный показатель, выражаемый в баллах. Характеризует предполагаемую выраженность намерения респондента выполнять рекомендации в отношении изменения образа жизни. Наименьшее возможное значение показателя – 5 баллов, наибольшее возможное значение – 30 баллов.

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше предполагаемая готовность к модификации образа жизни.

Коэффициент потенциальной предикции модификации образа жизни – количественный показатель (числовой множитель), выражаемый в натуральных числах. Характеризует прогнозируемую вероятность возможного выполнения респондентом рекомендаций в отношении модификации образа жизни. Наименьшее возможное значение показателя – 0,16(6), наибольшее возможное значение – 6. Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до десятых (оставляя один знак после запятой). Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем выше прогнозируемая вероятность возможного выполнения рекомендаций в отношении потенциальной модификации образа жизни; при значениях показателя меньше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций

Interpretation: The greater is the value obtained, the greater is the potential adherence to lifestyle modification.

The potential importance of lifestyle modification is a quantitative indicator, expressed in scores. It describes the perceived relevance to the respondent of the obligations to change lifestyle. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: The larger is the value obtained, the greater is the perceived importance of lifestyle modification.

Potential readiness for lifestyle modification is a quantitative indicator expressed in points. It describes the perceived intention of the respondent to implement recommendations for lifestyle change. The lowest possible value of the indicator is 5 points, the highest possible value is 30 points.

Interpretation: the higher is the value obtained, the greater is the expected willingness to lifestyle modification.

The coefficient of potential prediction of lifestyle modification is a quantitative indicator expressed in natural numbers. It describes the predicted likelihood that the respondent will be able to implement recommendations for lifestyle modification. The lowest possible value is 0.16(6) and the highest possible value is 6. Health service providers are advised to round the rounding rule to the nearest whole to the tenth. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: The higher is the value obtained, the higher is the predicted probability that recommendations for potential lifestyle modification can be implemented. If the value is less than 1.0, the respondent's ability to implement recommendations should be considered as «likely to be lower» than expected from the calculation of the indicator of potential adherence to lifestyle modification. For an indicator greater than 1.0, the respondent's ability to implement recommendations should be considered as «likely, expected or higher» than expected from the estimation of potential adherence to lifestyle modification.

следует расценивать как «вероятно, более низкую», чем ожидаемую на основании расчета показателя потенциальной приверженности модификации образа жизни; при значениях показателя больше 1,0 возможность выполнения респондентом рекомендаций следует расценивать как «вероятно, ожидаемую или более высокую», чем ожидаемую на основании расчета показателя потенциальной приверженности модификации образа жизни.

5.4. Показатели приверженности лечению / *Indicators of treatment adherence*

Приверженность лечению – интегративный количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует комплексную способность респондента выполнять рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределённо долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%.

Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел.

Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше приверженность лечению.

Потенциальная приверженность лечению – количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной потенциальной приверженности» (принятой за 100%). Характеризует способность респондента выполнять возможные рекомендации в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни на протяжении неопределённо долгого времени. Наименьшее возможное значение показателя – 2,78%, наибольшее возможное значение – 100%.

Поставщикам медицинских услуг рекомендовано округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до целых чисел.

Исследователям рекомендовано использовать точные полученные значения, либо округлять полученные при вычислении значения по правилу округления к ближайшему целому до сотых (оставляя два знака после запятой).

Интерпретация: чем больше полученное значение, тем больше потенциальная приверженность лечению.

Adherence to treatment is an integrative quantitative indicator, expressed as a conditional percentage of «absolute adherence» (accepted for 100%). It describes the complex ability of the respondent to comply with recommendations regarding drug therapy, medical support and lifestyle modification for an indefinite time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the adherence to treatment.

Potential adherence to treatment is a quantitative indicator expressed as a conditional percentage of «absolute potential adherence» (accepted for 100%). It describes the respondent's ability to implement possible recommendations for drug therapy, medical support, and lifestyle modification for an indefinite period of time. The lowest possible value of the indicator is 2.78%, the highest possible value is 100%. Health care providers are advised to round the results of the rounding rule to the nearest integer to integers. Researchers are advised to use the exact values obtained, or round the values obtained in calculating the rounding rule to the nearest integer to the hundredths.

Interpretation: the greater is the value obtained, the greater is the potential adherence to treatment.

VI. УРОВНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ И МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ

VI. LEVELS OF ADHERENCE AND BEHAVIORAL PATTERNS OF RESPONDENTS

Уровень: «высокий».

Соответствующее указанному уровню значение показателя приверженности (потенциальной приверженности): 75 % и более.

Модель поведения респондента: рекомендации и основанные на них действия выполняться будут или скорее будут.

Уровень: «средний».

Соответствующее указанному уровню значение показателя приверженности (потенциальной приверженности): от 50 % до 75 %.

Модель поведения респондента: медицинские рекомендации и основанные на них действия выполняться скорее будут, чем не будут.

Уровень: «низкий».

Соответствующее указанному уровню значение показателя приверженности (потенциальной приверженности): менее 50 %.

Модель поведения респондента: медицинские рекомендации и основанные на них действия выполняться скорее не будут или не будут.

Комментарии. Критерии предназначены для опросников количественной оценки приверженности лечению, включающих возможность определения приверженности по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению.

Для количественной оценки приверженности лечению настоящим Руководством рекомендованы Система опросников КОП-25 [4, 5, 6, 7, 8, 9] и Шкала количественной оценки комплайенса [1, 2, 3].

При заболеваниях и состояниях, требующих длительной (постоянной) лекарственной терапии, и (или) медицинского сопровождения, в качестве минимально приемлемого (достаточного) следует использовать значение показателя приверженности (потенциальной приверженности), превышающее 75 % [10, 11]. Значения, меньшие указанного уровня, следует расценивать как недостаточные.

Level: «high».

The value of the adherence indicator (potential adherence) corresponding to the specified level: 75 % or more.

Respondent's behavior model: recommendations and actions based on them will be implemented or rather will be.

Level: «average».

The value of the adherence indicator (potential adherence) corresponding to the specified level: from 50 % to 75 %.

Respondent's behavior model: medical recommendations and actions based on them are more likely to be implemented than not.

Level: «low».

The value of the adherence indicator (potential adherence) corresponding to the specified level: less than 50 %.

The respondent's behavior model: medical recommendations and actions based on them are likely not to be carried out or will not be.

Comments. The criteria are intended for questionnaires of quantitative assessment of treatment adherence, including the possibility of determining adherence on the scales of drug therapy, medical support, lifestyle modification and integral treatment adherence.

To quantify treatment adherence, this Guide recommends a System of quantitative adherence assessment (QAA-25) questionnaires [4, 5, 6, 7, 8, 9] and the scale of quantitative assessment of compliance [1, 2, 3].

In diseases and conditions requiring long-term (permanent) drug therapy and/or medical support, the value of the adherence indicator (potential adherence) exceeding 75 % should be used as the minimum acceptable (sufficient) value [10, 11]. Values less than the specified level should be regarded as insufficient.

Вместе с тем, указанное не исключает возможность для поставщика медицинских услуг или исследователя выбирать и устанавливать иные значения минимально приемлемого (достаточного) уровня, если это соответствует цели или задачам медицинского вмешательства или исследования.

At the same time, this does not exclude the possibility for a healthcare provider or researcher to choose and set other values of the minimum acceptable (sufficient) level, if this corresponds to the purpose or objectives of medical intervention or research.

Список литературы к разделу / *References to the section*

1. Лутова Н.Б. Взаимосвязь между субъективной удовлетворенности лечением и комплайенса больных психозами. *Российский психиатрический журнал*. 2012;6:65-68. [Lutova N.B. Relationship between subjective satisfaction with treatment and compliance in psychotic patients. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal*. 2012;6:65-68. (in Russian)]

2. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб. 2007. 17с. [Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб. 2007. 17с. (in Russian)]

3. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплайенс в психиатрии и способ его оценки. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002;1:8-12. [Lutova N.B., Neznanov N.G., Vid V.D. *Komplajens v psichiatrii i sposob ego ocenki*. *Psichiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2002;1:8-12 (in Russian)]

4. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Бойцов С.А., Драпкина О.М. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2019;2(14):283-301. [Nikolaev NA, Martynov AI, Bojcov SA, Drapkina OM, Sychev DA, Livzan MA, Skirdenko YuP. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. *Medical news of North Caucasus*. 2019;2(14):283-301. (in Russian)] DOI: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14072>

5. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. *Терапия* 2018;5:11-32. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M., Livzan M.A. dr. ot imeni Komitata ekspertov. *Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu*. *Terapiya* 2018;5:11-32 (in Russian)] DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2018.5.11-32>

6. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. *Consilium-Medicum* 2020;5:9-18. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P. et al. Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations. *RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. Consilium Medicum*. 2020; 22 (5): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078 (in Russian)] DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078.

7. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2020;15(4):461-468. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P., Anisimov V.N., Vasilieva I.A. et al. Treatment management based on adherence: patient recommendation algorithms. Cross-disciplinary guidelines. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(4):461-468 (in Russian)] <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109>.

8. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия* 2018;1(27):74-78. [N.A. Nikolayev, Yu.P. Skirdenko. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 2018, 27 (1), 74-78 (in Russian)]

9. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А., Горбенко А.В., Андреев К.А., Федорин М.М., Ливзан М.А., Чебаненко Е.В., Усов Г.М. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2021;17(6):845-852. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12. [Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P., Balabanova A.A., Gorbenko A.V., Andreev K.A., Fedorin M.M., Livzan M.A., Chebanenko E.V., Usov G.M. The Scale of Quantitative Assessment Adherence to Treatment «QAA-25»: Updating of Formulations, Constructive and Factor Validity and a Measure of Consent. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(6):845-852 (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-12-12>

10. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf. Дата последнего доступа: 07.09.2022.

11. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002.// www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. Дата последнего доступа: 07.04.2022.

VII. ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

VII. PREDICTION OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS DEPENDING ON THE LEVEL OF ADHERENCE

Для прогноза эффективности медицинских вмешательств, полученные у конкретного пациента значения приверженности / потенциальной приверженности, соотносят с диапазоном значений соответствующего уровня приверженности (высокий, средний или низкий). Выявленный уровень приверженности свидетельствует о наиболее вероятном варианте прогноза эффективности вмешательства. Указанное не исключает, что в отдельных случаях индивидуальные особенности конкретного респондента или неучтённые воздействия могут повлиять на фактическую эффективность вмешательств [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Для уточнения прогноза приверженности целесообразно использовать коэффициент предикции / потенциальной предикции. Чем больше отклонение значения коэффициента от 1, тем большего соответствующего смещения прогноза в сторону «вероятно, более низкую» либо «вероятно, более высокую», по сравнению с прогнозируемой в результате анкетирования приверженностью, следует ожидать [4, 5].

To predict the effectiveness of medical interventions, adherence / potential adherence values are related to a range of adherence levels (high, medium or low). The level of adherence identified indicates a prediction of the effectiveness of the intervention. However, this does not exclude that in some cases individual characteristics of the respondent may affect the effectiveness of interventions [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

A prediction / potential prediction factor should be used to refine the adherence forecast. The greater the deviation from 1, the greater the bias of the forecast towards «lower» or «higher» [4, 5].

7.1. Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности лекарственной терапии / *Expected effectiveness of individual interventions depending on the level of adherence to drug therapy*

Вмешательство: рекомендован прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) один раз в сутки:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

– вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при низком уровне приверженности.

Intervention: it is recommended to take one drug (a fixed combination of drugs) once a day:

– with a high and medium level of adherence, intervention will be complete or intervention is more likely to be complete;

– with a low level of adherence, the intervention is likely to be partially completed or partially implemented.

Вмешательство: рекомендован прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) два раза в сутки:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) три раза в сутки, либо чаще:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован отдельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) один раз в сутки:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован отдельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) два раза в сутки:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

Intervention: it is recommended to take one drug (a fixed combination of drugs) twice a day:

- *with a high level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is more likely to be complete;*
- *with a medium level of adherence, the intervention is likely to be partially completed or partially implemented;*
- *With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.*

Intervention: it is recommended to take one drug (a fixed combination of drugs) three times a day, or more often:

- *with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;*
- *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.*

Intervention: It is recommended that two drugs (fixed drug combinations) are administered separately once a day:

- *with a high level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is more likely to be complete;*
- *with a medium level of adherence, the intervention is likely to be partially completed or partially implemented;*
- *With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.*

Intervention: It is recommended that two drugs (fixed drug combinations) are administered separately twice a day:

- *with a high level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is more likely to be complete;*
- *with a medium level of adherence, the intervention is likely to be partially completed or partially implemented;*
- *With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.*

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован отдельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) три раза в сутки, либо чаще:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован отдельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) один раз в сутки:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован отдельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) два раза в сутки:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендован отдельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) три раза в сутки, либо чаще:

– вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при высоком уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Intervention: it is recommended that two drugs (fixed drug combinations) are administered separately three times a day, or more frequently:

– with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;

– with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.

Intervention: It is recommended that three or more drugs (fixed drug combinations) be administered separately once a day:

– with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;

– with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.

Intervention: Separate administration of three or more drugs (fixed combination of drugs) twice a day is recommended:

– with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;

– with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.

Intervention: It is recommended that three or more drugs (fixed drug combinations) are administered separately three times a day, or more frequently:

– with a high level of adherence, intervention is likely to be fully implemented;

– with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.

7.2. Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности медицинскому сопровождению / *Expected effectiveness of individual interventions depending on the level of adherence to medical support*

Вмешательство: рекомендовано посещение врача в режиме «по требованию», без установленных обязательных визитов; регулярный самоконтроль состояния не требуется:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком, среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендовано посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем один раз в три месяца, но реже, чем один раз в месяц; регулярный самоконтроль состояния не требуется:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендовано посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем один раз в месяц; регулярный самоконтроль состояния не требуется:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендовано посещение врача в режиме «по требованию», без установленных обязательных визитов; рекомендован регулярный самоконтроль состояния:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

Intervention: it is recommended to visit a doctor in the «on-demand» mode, without established visits; regular self-control is not required:

– with a high, medium and low level of adherence, the intervention will be complete, or the intervention will probably be complete.

Intervention: It is recommended to visit a doctor in the «on-demand» mode, with prescribed mandatory visits more often than once every three months, but less often than once a month; regular self-control is not required:

– with a high and medium level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is likely to be complete;

– With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.

Intervention: it is recommended to visit a doctor in the «on-demand» mode, with established visits more often than once a month; regular self-control is not required:

– with a high and medium level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is likely to be complete;

– With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.

Intervention: it is recommended to visit the doctor in the «on-demand» mode, without established visits; regular self-control is recommended:

– with a high level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is more likely to be complete;

– with a medium level of adherence, the intervention is likely to be partially completed or partially implemented;

– вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендовано посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем один раз в три месяца, но реже, чем один раз в месяц; рекомендован регулярный самоконтроль состояния:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендовано посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем один раз в месяц; рекомендован регулярный самоконтроль состояния:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

– *With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.*

Intervention: it is recommended to visit a doctor in the «on-demand» mode, with established visits more often than once every three months, but less often than once a month; it is recommended to regularly self-monitor the condition:

– *with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;*

– *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

Intervention: it is recommended to visit the doctor in the «on-demand» mode, with established visits more often than once a month; it is recommended to regularly self-monitoring the condition:

– *with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;*

– *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

7.3. Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности модификации образа жизни / ***Expected effectiveness of individual interventions depending on the level of adherence to lifestyle modification***

Вмешательство: рекомендована коррекция привычной диеты или физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется:

– вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Intervention: recommended diet or exercise correction; no restriction or rejection of undesirable habits required:

– *with a high and medium level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is likely to be complete;*

– *With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

Вмешательство: рекомендована коррекция привычной диеты и физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендована коррекция привычной диеты или физических нагрузок; необходимо ограничение нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендована коррекция привычной диеты и физических нагрузок; необходимо ограничение нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендована коррекция привычной диеты или физических нагрузок; необходимо отказ от нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;
- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Вмешательство: рекомендована коррекция привычной диеты и физических нагрузок; необходимо отказ от нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при высоком уровне приверженности;

Intervention: recommended diet and exercise correction; no restriction or rejection of undesirable habits required:

- *with a high level of adherence, the intervention will be complete or the intervention is more likely to be complete;*
- *with a medium level of adherence, the intervention is likely to be partially completed or partially implemented;*
- *With a low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or not implemented.*

Intervention: recommended correction of diet or physical activity; it is necessary to limit undesirable habits:

- *with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;*
- *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

Intervention: recommended correction of diet and physical activity; it is necessary to limit undesirable habits:

- *with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;*
- *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

Intervention: recommended correction of diet or physical activity; it is necessary to give up undesirable habits:

- *with a high level of adherence, intervention will be complete or intervention is likely to be complete;*
- *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

Intervention: recommended correction of diet and physical activity; it is necessary to give up undesirable habits:

- *with a high level of adherence, intervention is likely to be partially accomplished;*
- *with a medium and low level of adherence, intervention is likely to be incomplete or incomplete.*

– вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Список литературы к разделу / *References to the section*

1. Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Самих Е.Н. Причины низкой приверженности к лечению больных первичной остроугольной глаукомой. *Офтальмологические ведомости* 2010;3(4):37-39. [Alekseev V.N., Malevannaya O.A., Samih E.N. Prichiny nizkoj priverzhennosti k lecheniyu bol'nyh pervichnoj ostrougol'noj glaukomoj. *Oftal'mologicheskie vedomosti* 2010;3(4):37-39. (in Russian)]
2. Дранкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2018;1.2(13):259-271. [Drapkina O.M., Livzan M.A., Martynov A.I., Moiseev S.V., Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P. et al. The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. *Medical news of North Caucasus* 2018;1.2(13):259-271 (in Russian)] DOI: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>
3. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю.В., и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2011;5:72. [Marceevich S.YU., Kutishenko N.P., Tolpygina S.N., Lukina YU.V., i dr. Effektivnost' i bezopasnost' lekarstvennoj terapii pri pervichnoj i vtorichnoj profilaktike serdechno-sosudistyh zabolevanij. Rekomendacii VNOK, 2011. Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii 2011;5:7 (in Russian)]
4. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с. [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoj terapii. M.: Izdatel'skij dom «Akademija estestvoznaniya», 2008. 92 s. (in Russian)]
5. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. 178 с. [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya. M.: Izdatel'skij dom Akademii estestvoznaniya, 2015. 178 s.(in Russian)]
6. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. *Терапевтический архив* 2018;1:17-21. [Skirdenko Ju.P., Nikolaev N.A. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Terapevticheskij arhiv* 2018;1:17-21. (in Russian)] DOI: 10.17116/terarkh201890117-21
7. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора оральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2016;5(12):494-502. [Skirdenko Yu.P., Shustov A.V., Zherebilov V.V., Nikolayev N.A. Treatment Adherence as a New Choice Factor for Optimization of Oral Anticoagulation Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Hemostatic Gene Polymorphisms. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(5):494-502. (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502>
8. Birtwhistle R.V., Godwin M.S., Delva M.D., Casson R.I., et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328(7433):204.
9. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco OH, Halvorsen S, Hobbs FDR, Hollander M, Jankowska EA, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglu L, Tonstad S, Tsioufis KP, van Dis I, van Gelder IC, Wannier C, Williams B; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
10. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211 pp.
11. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002.//[www.who.int/ chp/knowledge /publications/adherence_full_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). Дата последнего доступа: 07.04.2022.

VIII. УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ: ВЫБОР СТРАТЕГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

VIII. TREATMENT MANAGEMENT: CHOOSING A STRATEGY DEPENDING ON THE PROGNOSIS OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS

Управление лечением с учётом выявленных уровней приверженности у конкретного пациента направлено на достижение максимально возможного результата медицинских вмешательств [1, 2, 3, 4, 5].

Management of treatment with regard to the level of adherence in the patient is aimed at achieving the maximum result of medical interventions [1, 2, 3, 4, 5].

8.1. Выбор лечебной стратегии с учетом выявленного уровня приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии / *a treatment strategy based on the identified level of adherence (potential adherence) to drug therapy*

Высокий уровень приверженности лекарственной терапии:

- регулярный приём лекарственных средств до трёх раз в сутки включительно значимо не снижает готовность пациента к лечению;
- лекарственные средства можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций, либо в их сочетании; количество препаратов значимо не влияет на готовность пациента к лечению.

High level of adherence to drug therapy:

- *regular administration of medicines up to three times a day does not reduce the patient's readiness for treatment;*
- *drugs can be prescribed in fixed or non-fixed combinations or in combination; the number of drugs does not affect the patient's willingness to be treated.*

Средний уровень приверженности лекарственной терапии:

- регулярный приём лекарственных средств более двух раз в сутки значимо снижает готовность пациента к их приёму;
- лекарственные средства можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций; одномоментное назначение трёх и более лекарственных средств значимо снижает готовность пациента к лечению.

Average adherence to drug therapy:

- *regular administration of medicines more than twice a day reduces the patient's readiness to receive them;*
- *drugs can be prescribed in fixed or non-fixed combinations; the simultaneous administration of three or more drugs reduces the patient's readiness for treatment.*

Низкий уровень приверженности лекарственной терапии:

- способность соблюдать регулярный приём лекарственных средств один или более раз в сутки сомнительна; рекомендация о регулярном приёме лекарственных средств, с частотой два или более раза в сутки, неэффективна;

Low level of adherence to drug therapy:

- *the ability to regularly take medicines once or more per day is questionable; the recommendation to take medicines regularly, with a frequency of two or more times per day, is ineffective;*
- *drugs should be prescribed as a single drug or a fixed combination of drugs; the simultaneous*

– лекарственные средства следует назначать в виде одного препарата или фиксированной комбинации препаратов; одномоментное назначение нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к их приёму;

– существует дополнительный риск развития нежелательных эффектов при приёме препаратов, требующих длительного титрования доз и (или) обладающих «синдромом рикошета» («синдромом отмены»).

administration of several drugs reduces the patient's readiness to take them;

– there is an additional risk of undesirable effects when taking drugs that require a long dosage and (or) have «withdrawal syndrome».

8.2. Выбор лечебной стратегии с учетом выявленного уровня приверженности (потенциальной приверженности) медицинскому сопровождению / *Choosing a treatment strategy based on the identified level of adherence (potential adherence) to medical support*

Высокий уровень приверженности медицинскому сопровождению:

– рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров эффективны;

– программу медицинского сопровождения следует основывать на оптимальной частоте плановых (в т. ч. профилактических) визитов, лабораторных и инструментальных исследований.

High level of adherence to medical support:

– recommendations for self-control of health status or individual parameters are effective;

– medical support program should be based on the optimal frequency of scheduled (incl. preventive) visits, laboratory and instrumental research.

Средний уровень приверженности медицинскому сопровождению:

– рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров умеренно эффективны или малоэффективны;

– программу медицинского сопровождения следует основывать на минимально необходимой частоте плановых офисных визитов, с ограничением выполняемых исследований по количеству.

Average level of adherence to medical support:

– recommendations for self-control of health status or individual parameters are moderately effective or ineffective;

– the medical support program should be based on the minimum necessary frequency of scheduled visits, with a limit on the number of studies performed.

Низкий уровень приверженности медицинскому сопровождению:

– рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров малоэффективны или не эффективны;

– программу медицинского сопровождения следует основывать на обращениях «по требованию», связанных с изменением симптомов заболевания; профилактические визиты и визиты для планового обследования выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут.

Low level of adherence to medical escorts:

– recommendations for self-control of health status or individual parameters are ineffective or ineffective;

– the medical support program should be based on «on demand» referrals related to the change of symptoms of the disease; visits for the planned examination will probably not be carried out.

8.3. Выбор лечебной стратегии с учетом выявленного уровня приверженности (потенциальной приверженности) модификации образа жизни / *Choosing a treatment strategy based on the identified level of adherence (potential adherence) to lifestyle modification*

Высокий уровень приверженности модификации образа жизни:

– рекомендации по ограничению или отказу от нежелательных привычек (включая курение, употребление алкоголя, избыточное употребление пищи и т. д.) могут быть обширными и детализированными;

– рекомендации по коррекции привычной диеты (включая модификацию периодичности и структуры питания, отказ или уменьшение употребления отдельных продуктов и т. д.) и режима физических нагрузок (виды, частота, кратность) могут охватывать все стороны здоровья пациента.

Средний уровень приверженности модификации образа жизни:

– рекомендации по ограничению нежелательных привычек должны быть конкретными и лаконичными; рекомендации по полному отказу от таких привычек выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут;

– рекомендации по коррекции привычной диеты, а также о видах, частоте и кратности физических нагрузок следует представлять в виде конкретной лаконичной информации; указанные рекомендации в первую очередь должны относиться к заболеванию, наиболее значимому в отношении развития опасных осложнений, неблагоприятного прогрессирования или исхода.

Низкий уровень приверженности модификации образа жизни:

– рекомендации по ограничению нежелательных привычек целесообразно представлять в виде ограниченного перечня решений и действий, наиболее значимых для снижения жизнеугрожающего риска; полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен;

– Рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не эффективны.

High level of adherence to lifestyle modification:

– *recommendations to limit or eliminate undesirable habits can be extensive and detailed;*

– *dietary and exercise recommendations can cover all aspects of the patient's health.*

Average level of adherence to lifestyle modification:

– *recommendations to limit undesirable habits should be specific and concise; recommendations to eliminate such habits altogether are unlikely to be implemented;*

– *recommendations for diet correction, as well as the types, frequency and multiplicity of physical activity should be provided in the form of specific concise information; recommendations should refer to the disease most relevant to the development of dangerous complications.*

Low level of adherence to lifestyle modification:

– *recommendations to limit undesirable habits should be presented in the form of a limited list of decisions and actions most relevant to reducing life-threatening risk; complete or partial abandonment of undesirable habits is unlikely or impossible;*

– *Recommendations for correcting diet and exercise should be specific and extremely short; general recommendations for correcting diet and exercise are ineffective.*

Список литературы к разделу / *References to the section*

1. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с. [Nikolaev N.A. *Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoj terapii*. М.: Izdatel'skij dom «Akademija estestvoznaniya», 2008. 92 s.]
2. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. 178 с. [Nikolaev N.A. *Dokazatel'naya gipertenziologiya: pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya*. М.: Izdatel'skij dom Akademii estestvoznaniya, 2015. 178 s.]
3. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. Терапия 2018;5:11-32. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M., Livzan M.A. dr. ot imeni Komitata ekspertov. *Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu*. *Terapiya* 2018;5:11-32 (in Russian)] DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2018.5.11-32>
4. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. *Consilium-Medicum* 2020;5:9-18. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P. et al. *Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations. RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. Consilium Medicum*. 2020; 22 (5): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078 (in Russian)] DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078.
5. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2017;5(13):609-614. [Nikolayev N.A., Skirdenko Y.P., Bunova S.S., Ershov A.V. *Rational pharmacotherapy in cardiology: from routine control to effective management. Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(5):609-614. (in Russian)] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614>

IX. СИСТЕМА ОПРОСНИКОВ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ КОП-25

IX. THE SYSTEM OF QUESTIONNAIRES FOR QUANTITATIVE ASSESSMENT OF TREATMENT ADHERENCE

В достижении терапевтического результата приверженность больного к лечению не только играет значительную роль, но и часто является определяющей.

С начала формирования парадигмы медицины, основанной на доказательствах, врачами и исследователями многократно предпринимались попытки разработать способы оценки приверженности пациентов к лечению.

Разработанный в 2008 г. для оценки приверженности лечению больных артериальной гипертензией, опросник КОП-25 в 2010 г. был модернизирован и адаптирован для универсального применения. В 2016 г. в журнале «Качественная клиническая практика» опубликован протокол процедуры анализа приверженности к лечению с помощью КОП-25, в 2018 в журнале «Клиническая фармакология и терапия» осуществлена официальная публикация текста опросника и его методологии.

Анкета опросника включает 25 вопросов.

В настоящее время разработано 10 модификаций анкеты, для оценки фактической и потенциальной приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни, а также интегральной приверженности лечению в различных группах респондентов (подростки, взрослые, беременные, а также законные представители ограниченно дееспособных и недееспособных пациентов).

9.1. Анкетирование респондентов / Survey of respondents

Опросник заполняется респондентом лично, или с участием интервьюера. Анкета опросника включает 25 вопросов с вариантами ответов.

Анкета опросника заполняется последовательно с 1 по 25 вопрос. На каждый вопрос имеется 6 вариантов ответов. Респондент выбирает наиболее подходящий, по его мнению, ответ, из предложенного для каждого вопроса закрытого перечня вариантов ответов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ.

The patient's adherence to treatment plays a decisive role in achieving a therapeutic result

Since the beginning of the formation of the paradigm of evidence-based medicine, doctors and researchers have repeatedly attempted to develop ways to assess patients' adherence to treatment.

Developed in 2008 to assess adherence to the treatment of patients with arterial hypertension, the QAA-25 questionnaire has been upgraded and adapted for universal use in 2010. In 2016, the protocol of the procedure for analyzing adherence to treatment using QAA-25 was published in the journal "Qualitative Clinical Practice", in 2018 the official publication of the text of the questionnaire and its methodology was carried out in the journal "Clinical Pharmacology and Therapy".

The questionnaire questionnaire includes 25 questions.

Currently, 10 modifications of the questionnaire have been developed to assess the actual and potential adherence to drug therapy, medical support, lifestyle modification, as well as integral adherence to treatment in various groups of respondents (adolescents, adults, pregnant women, as well as legal representatives of disabled and incapacitated patients).

The questionnaire is filled out by the respondent personally, or with the participation of the interviewer. The questionnaire questionnaire includes 25 questions with multiple answers.

The questionnaire questionnaire is filled in sequentially from 1 to 25 questions. There are 6 possible answers to each question. The respondent chooses the most appropriate answer, in his opinion, from the closed list of answer options proposed for each question. Only one answer can be selected for each question of the questionnaire.

В систему КОП-25 включены следующие анкеты:

КОП-25 А1 количественной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин;

КОП-25 А2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин;

КОП-25 В1 количественной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов – беременных женщин;

КОП-25 В2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов – беременных женщин;

КОП-25 В1 количественной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет;

КОП-25 В2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет;

КОП-25 Г1 количественной оценки приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет;

КОП-25 Г2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет;

КОП-25 Д1 количественной оценки приверженности лечению респондентов – законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, а также иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц;

КОП-25 Д2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению респондентов – законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, а также иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц.

The following questionnaires are included in the QAA-25 system:

QAA-25 A1 *quantitative assessment of adherence to treatment of capable respondents who have reached the age of 18 years and older, with the exception of pregnant women;*

QAA-25 A2 *quantitative assessment of the potential adherence to treatment of capable respondents who have reached the age of 18 years and older except pregnant women;*

QAA-25 B1 *quantitative assessment of adherence to treatment of capable respondents – pregnant women;*

QAA-25 B2 *quantitative assessment of potential adherence to treatment of able-bodied respondents – pregnant women;*

QAA-25 C1 *quantitative assessment of adherence to treatment of capable 15-17 years old respondents;*

QAA-25 C2 *quantifying the potential adherence to treatment of capable 15-17 years old respondents;*

QAA-25 D1 *quantitative assessment of adherence to treatment of limited capable respondents who have reached the age of 12 years, but have not reached 15 years;*

QAA-25 D2 *quantitative assessment of potential adherence to treatment of limited capable 12-14 years old respondents;*

QAA-25 E1 *quantitative assessment of the adherence to treatment of respondents – legal representatives, including parents, guardians, trustees, persons under the age of 12 years, as well as other incapacitated or disabled persons;*

QAA-25 E2 *quantitative assessment of the potential adherence to treatment of respondents – legal representatives, including parents, guardians, trustees, persons under the age of 12, as well as other incapacitated or disabled persons.*

9.2. Анкеты оценки приверженности лечению

Анкета КОП-25 А1 количественной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин

1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 А2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин

1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 Б1 количественной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов – беременных женщин

1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

14. Врач сообщил вам, что назначенные лекарства могут оказать влияние на плод, при этом не будут угрожать его жизни, а возможная польза для вас от лекарства больше, чем вероятный вред для плода. Насколько сложно для вас будет принимать такие лекарства?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Врач сообщил вам, что назначенные лекарства могут вызывать незначительные отклонения в росте плода, или вызывать неприятные ощущения у вас. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 Б2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов – беременных женщин

1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

14. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут оказывать влияние на плод, при этом не будут угрожать его жизни, а возможная польза для вас от лекарства больше, чем вероятный вред для плода, насколько сложно будет для вас принимать эти лекарства?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать незначительные отклонения в росте плода, или вызывать неприятные ощущения у вас, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 В1 количественной оценки приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет

1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важно для вас находиться в личных отношениях, включая эмоциональную или физическую близость?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 В2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но не достигших 18 лет

1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важно для вас находиться в личных отношениях, включая эмоциональную или физическую близость?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 Г1 количественной оценки приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет

1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важно для вас находиться с кем-либо в личных отношениях?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди во что-либо верят или не верят. Насколько важно для вас во что-либо верить?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 Г2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению ограничено дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но не достигших 15 лет

1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболете, не ощущать эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важно для вас находиться с кем-либо в личных отношениях?	Совершенно не важно / её нет	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
12. Все люди во что-либо верят или не верят. Насколько важно для вас во что-либо верить?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
18. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 Д1 количественной оценки приверженности лечению респондентов – законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц

1. Врач выявил у подопечного хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

2. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

3. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

4. Врач назначил подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

5. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать проявления болезни, имеющиеся у подопечного. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, чтобы подопечный не ощущал эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

7. Насколько важна для вас возможность сексуальной жизни подопечного?	Совершенно не важна / её нет	Почти не важна	Скорее не важна, чем важна	Скорее важна, чем не важна	Достаточно важна	Очень важна
	1	2	3	4	5	6

8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

10. При ограничении или полной утрате трудоспособности подопечного, насколько важно для вас будет его обеспечение социальной помощью от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы у подопечного. Насколько важно для вас знать результаты его анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно осмотра врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько беспокоит вас возникновение таких ощущений у подопечного?	Очень беспокоит	Достаточно беспокоит	Скорее беспокоит, чем не беспокоит	Скорее не беспокоит, чем беспокоит	Почти не беспокоит	Совершенно не беспокоит
	1	2	3	4	5	6

15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас ограничить таким образом подопечного?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

16. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

17. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

18. Врач назначил подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся у подопечного проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать у подопечного неприятные ощущения. Будете ли вы давать ему такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности подопечного. Будете ли вы давать ему такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни подопечного. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету подопечного. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

24. Врач сообщил, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно посещать врача. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

25. Врач сообщил, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Анкета КОП-25 Д2 количественной оценки потенциальной приверженности лечению респондентов – законных представителей, в том числе родителей, опекунов, попечителей, лиц, не достигших возраста 12 лет, иных недееспособных или ограничено дееспособных лиц

1. Если врач выявит у подопечного хроническую болезнь. Важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
2. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
3. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
4. Если врач назначит подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
5. Если врач предложит каждый день в течение многих лет отмечать проявления болезни, имеющиеся подопечного, насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, чтобы подопечный не ощущал эти проявления?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6
7. Насколько важна для вас возможность сексуальной жизни подопечного?	Совершенно не важна / её нет	Почти не важна	Скорее не важна, чем важна	Скорее важна, чем не важна	Достаточно важна	Очень важна
	1	2	3	4	5	6
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или полной утрате трудоспособности подопечного. В таком случае насколько важно для вас будет его обеспечение социальной помощью от государства?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы у подопечного. Насколько важно для вас знать результаты его анализов?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно, чем важно	Скорее важно, чем не важно	Достаточно важно	Очень важно
	1	2	3	4	5	6

13. Хроническая болезнь может привести к необходимости регулярных осмотров врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько беспокоит вас возникновение таких ощущений у подопечного?	Очень беспокоит	Достаточно беспокоит	Скорее беспокоит, чем не беспокоит	Скорее не беспокоит, чем беспокоит	Почти не беспокоит	Совершенно не беспокоит
	1	2	3	4	5	6

15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас будет ограничить таким образом подопечного?	Очень сложно	Достаточно сложно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее несложно, чем сложно	Почти несложно	Совершенно несложно
	1	2	3	4	5	6

16. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

17. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

18. Если врач назначит подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

19. Если врач предложит каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся у подопечного проявления болезни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

20. Если врач сообщит, что назначенные лекарства могут вызывать у подопечного неприятные ощущения, будете ли вы давать ему такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

21. Если врач сообщит, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности подопечного, будете ли вы давать ему такие лекарства?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

22. Если врач сообщит, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни подопечного, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

23. Если врач сообщит, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету подопечного, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

24. Если врач сообщит, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно осматриваться врачом, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

25. Если врач сообщит, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду, чем буду	Скорее буду, чем не буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 A1 quantitative assessment of adherence to treatment for capable respondents 18 years of age and older, except pregnant women

1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is your sex life to you?	Completely unimportant/ I don't have a sex life	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 A2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for capable respondents 18 years of age and older, except pregnant women

1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is your sex life to you?	Completely unimportant/ I don't have a sex life	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 B1 quantitative assessment of adherence to treatment for capable pregnant women respondents

1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is your sex life to you?	Completely unimportant/ I don't have a sex life	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Your doctor has told you that the prescribed medication may affect the fetus but will not be life-threatening, and that the possible benefit to you from the medication is greater than the possible harm to the fetus. How complicated would it be for you to take this kind of medication?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 B2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for capable pregnant women respondents

1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is your sex life to you?	Completely unimportant/ I don't have a sex life	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. If your doctor tells you that your prescription medication may affect the fetus but will not be life-threatening, and the possible benefit to you from the medication is greater than the likely harm to the fetus, how complicated would it be for you to take the medication?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 C1 for quantitative assessment of adherence to treatment for capable 15–17 years old respondents

1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is it for you to be in a loving relationship, including emotional or physical intimacy?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 C2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for capable 15–17 years old respondents

1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is it for you to be in a loving relationship, including emotional or physical intimacy?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 D1 quantitative adherence to treatment assesment for limited capable 12–14 years old respondents

1. Your doctor has diagnosed you with a chronic illness. Is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. Your doctor has prescribed medicine for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. Your doctor has prescribed a medicine that you must take several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. Your doctor has prescribed several medicines for you to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. Your doctor has suggested that you note your symptoms every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is it for you to be in a loving relationship with someone?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness forces you to change your lifestyle. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness forces you to change your usual diet. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the functioning of internal organs and laboratory tests. How important is it for you to know your laboratory tests results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or disbelieve in something. How important is it to you to believe in something?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. Your doctor has prescribed medicine to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. Your doctor has prescribed medicine that you should take several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. Your doctor has prescribed several medications to be taken every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. Your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. Your doctor has told you that the prescribed medicine may cause discomfort, including the discomfort you are already experiencing. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. Your doctor told you that the prescribed medications may impair your sexual abilities. Will you take these medications?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. Your doctor has told you that you need to change your lifestyle because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. Your doctor has told you that you need to change your diet because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. Your doctor has told you that you need to make regular follow-ups because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. Your doctor told you that you should have regular lab tests because of your illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 D2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for limited capable 12-14 years old respondents

1. If your doctor diagnoses you with a chronic illness, is it important for you to know what signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. If your doctor prescribes a medication that you must take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. If your doctor prescribes a medication that you need to take several times a day for years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, how complicated would it be for you to follow that recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, how complicated would it be for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you, if you get sick, not to feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important is it for you to be in a loving relationship with someone?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness can force you to change your lifestyle. How complicated would it be for you to make this change?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness can force you to change your usual diet. How complicated would that change be for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. A chronic illness can lead to restriction or loss of ability to work. How important is it for you to receive social assistance from the government in this case?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the way your internal organs work and lab tests. How important would it be for you to know your lab test results?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or disbelieve in something. How important is it to you to believe in something?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular medical follow-ups. How complicated is it for you to have this kind of medical follow-up?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medicine can be uncomfortable. How complicated would it be for you to tolerate these feelings?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your usual life, activities and entertainment. How complicated is it for you to accept such restrictions?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. If your doctor prescribes you a medicine to be taken every day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. If your doctor prescribes you a medication to be taken several times a day for many years, will you always follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. If your doctor prescribes several medications for you to take every day for many years, will you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. If your doctor suggested that you note your symptoms every day for many years, would you always follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. If your doctor tells you that the prescribed medicine may cause discomfort, will you take it?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. If your doctor tells you that the prescribed medication may impair your sexual abilities, will you take the medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. If your doctor tells you that you need to change your lifestyle because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. If your doctor tells you that you need to change your diet because of an illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. If your doctor tells you that you need to make regular follow-ups because of your illness, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. If your doctor tells you that you should have regular lab tests because of your illness, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 E1 quantitative assessment of adherence to treatment for respondents – legal representatives, including parents, guardians, custodians, persons under 12 years of age, other incapacitated or disabled persons

1. A doctor has diagnosed your ward with a chronic illness. Is it important for you to know what the signs it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. A doctor has prescribed a medication for a ward that must be taken every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. A doctor has prescribed a medication for the ward that must be taken several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. A doctor has prescribed several medications for a ward to take every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. A doctor suggested that every day for many years, you should note the ward's symptoms. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you that the ward does not feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important to you is your ward's ability to have a sex life?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness forces a change in the ward's lifestyle. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness forces change the ward's usual diet. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. If the ward is limited or totally unable to work, how important would it be for you to provide him or her with social assistance from the government?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the ward's internal organs functioning and lab tests. How important is it for you to know the results of his lab tests?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular follow-up examinations by the ward's doctor. How complicated is it for you to have this follow-up with a doctor?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medication can make the ward feel uncomfortable. How disturbed are you by these feelings in your ward?	It's very disturbing	It disturbs enough	It's more likely to disturb than not to disturb	It rather doesn't disturb than it disturbs	It almost doesn't disturb	It doesn't disturb at all
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your normal life, activities and entertainment. How complicated is it for you to limit your ward in this way?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. A doctor has prescribed a medicine for the ward to take every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. A doctor has prescribed a medication to be taken several times a day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. A doctor has prescribed several medications for the ward to take every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. A doctor has suggested that you note your ward's symptoms every day for many years. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. A doctor told you that the prescribed medication may make the ward feel uncomfortable. Will you give him such medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. A doctor has said that the prescribed medication may impair the ward's sexual abilities. Will you give him such medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. A doctor told you that you need to change your ward's lifestyle because of the illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. A doctor told you that you have to change your ward's usual diet because of his illness. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. A doctor told you that due to an illness, the ward needs to have regular follow-up. Will you definitely follow this recommendation?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. A doctor told you that due to the illness, the ward needs to have regular lab tests. Will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

Questionnaire QAA-25 E2 quantitative assessment of potential adherence to treatment for respondents – legal representatives, including parents, guardians, custodians, persons under the age of 12, other incapacitated or disabled persons

1. If a doctor identifies a ward with a chronic illness, would it be important for you to know what symptoms it shows?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
2. If a doctor prescribes a medication for the ward that must be taken every day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
3. If a doctor prescribes a medication for the ward that must be taken several times a day for many years. How complicated is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
4. If a doctor prescribes several medications for a ward to take every day for many years. How difficult is it for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
5. If a doctor suggested that every day for many years you should note the symptoms of your ward's illness, how difficult would it be for you to follow this recommendation?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
6. Chronic illness has its symptoms. How important is it for you that the ward does not feel these symptoms?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
7. How important to you is your ward's ability to have a sex life?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
8. A chronic illness forces a change in the ward's lifestyle. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
9. A chronic illness forces change the ward's usual diet. How complicated is this change for you?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
10. If the ward is limited or totally unable to work, how important would it be for you to provide him or her with social assistance from the government?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
11. Chronic illness can change the ward's internal organs functioning and lab tests. How important is it for you to know the results of his lab tests?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6
12. All people believe or don't believe in God. How important is it to you to believe in God?	Completely unimportant	Almost not important	Not important rather than important	Rather more important than not important	Really important	Very important
	1	2	3	4	5	6

13. Chronic illness leads to the need for regular follow-up examinations by the ward's doctor. How complicated is it for you to have this follow-up with a doctor?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
14. Taking medication can make the ward feel uncomfortable. How disturbed are you by these feelings in your ward?	It's very disturbing	It disturbs enough	It's more likely to disturb than not to disturb	It rather doesn't disturb than it disturbs	It almost doesn't disturb	It doesn't disturb at all
	1	2	3	4	5	6
15. A chronic illness can limit your normal life, activities and entertainment. How complicated is it for you to limit your ward in this way?	Very complicated	Complicated enough	More complicated than not complicated	Rather not complicated than complicated	Almost not complicated	Completely uncomplicated
	1	2	3	4	5	6
16. If a doctor prescribes a medication for a ward to take every day for many years, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
17. If a doctor prescribes a medication for a ward that must be taken several times a day for years, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
18. If a doctor prescribes several medications for a ward to take every day for years, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
19. If a doctor suggested that you note your ward's symptoms every day for many years, would you follow the recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
20. If a doctor tells you that a prescribed medication may make your ward feel uncomfortable, will you give him or her that medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
21. If a doctor tells you that a prescribed medication may impair your ward's sexual ability, will you give him or her that medication?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
22. If a doctor tells you that you need to change your ward's lifestyle because of his or her illness, will you follow the recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
23. If a doctor tells you that your ward's usual diet must be changed because of his or her illness, will you follow the recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
24. If a doctor tells you that your ward needs to be seen by a doctor regularly because of his or her illness, will you follow that recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6
25. If a doctor tells you that due to an illness your ward needs to have regular lab tests, will you follow this recommendation exactly?	No way I'm going to do it	Probably won't do it	More likely wouldn't do it than do it	Would rather do than not do it	More likely to do it	Would definitely do it
	1	2	3	4	5	6

9.3. Обработка результатов анкетирования / *Processing of survey results*

Заполненная анкета обрабатывается интервьюером в ручном режиме (в два этапа), либо автоматизировано, на калькуляторе расчета приверженности.

The completed questionnaire is processed by the interviewer manually (in two stages), or automatically, on the adherence calculator.

9.3.1. Обработка результатов анкетирования в ручном режиме / *Processing of survey results in manual mode*

На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах.

Вне зависимости от варианта анкеты и от формулировки конкретного ответа, для последующих расчетов номерам ответов присваиваются следующие баллы:

- варианту ответа под порядковым номером «1» – 1 балл,
- варианту ответа под порядковым номером «2» – 2 балла,
- варианту ответа под порядковым номером «3» – 3 балла,
- варианту ответа под порядковым номером «4» – 4 балла,
- варианту ответа под порядковым номером «5» – 5 баллов,
- варианту ответа под порядковым номером «6» – 6 баллов.

There are 6 possible answers to each question of the questionnaire, evaluated in points.

Regardless of the questionnaire variant and the wording of a specific answer, the following points are assigned to the answer numbers for subsequent calculations:

- the answer variant with the ordinal number “1” – 1 point,*
- the answer variant with the ordinal number “2” – 2 points,*
- the answer variant with the ordinal number “3” – 3 points,*
- the answer variant with the ordinal number “4” – 4 points,*
- the answer variant with the ordinal number “5” – 5 points,*
- the answer variant with the ordinal number “6” – 6 points,*

Первый этап

На первом этапе вычисляют технические показатели: «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому сопровождению», «готовность к модификации образа жизни».

Каждый технический показатель представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы, таким образом, минимально возможное значение каждого технического показателя составляет 5 баллов, а максимально возможное – 30 баллов.

The first stage

At the first stage, technical indicators are calculated: “the importance of drug therapy”, “the importance of medical support”, “the importance of lifestyle modification” and “readiness for drug therapy”, “readiness for medical support”, “readiness for lifestyle modification”.

Each technical indicator is a simple sum of points obtained by answering the relevant questions, so the minimum possible value of each technical indicator is 5 points, and the maximum possible is 30 points.

После этого рассчитывают коэффициенты предикции. Коэффициент предикции вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности.

After that, the reduction coefficients are calculated. The reduction coefficient is calculated as the ratio of the received value of the corresponding readiness indicator to the received value of the corresponding importance indicator.

Технические показатели / Technical indicators

Показатель / <i>Indicator</i>	Символ / <i>Symbol</i>	Номера вопросов анкеты, баллы ответов на которые суммируют / <i>The numbers of the questionnaire questions, the scores of the answers to which are summed up</i>
Важность (потенциальная важность) лекарственной терапии / <i>The importance (potential importance) of drug therapy</i>	ВТ (ВТп)	2, 3, 4, 6, 14
Важность (потенциальная важность) медицинского сопровождения / <i>Importance (potential importance) of medical support</i>	ВС (ВСп)	1, 5, 10, 11, 13
Важность (потенциальная важность) модификации образа жизни / <i>The importance (potential importance) of lifestyle modification</i>	ВМ (ВМп)	7, 8, 9, 12, 15
Готовность (потенциальная готовность) к лекарственной терапии / <i>Readiness (potential readiness) for drug therapy</i>	ГТ (ГТп)	16, 17, 18, 20, 21
Готовность (потенциальная готовность) к медицинскому сопровождению / <i>Readiness (potential readiness) for medical support</i>	ГС (ГСп)	16, 19, 20, 24, 25
Готовность (потенциальная готовность) к модификации образа жизни / <i>Readiness (potential readiness) for lifestyle modification</i>	ГМ (ГМп)	19, 22, 23, 24, 25

Коэффициенты предикции / Prediction coefficients

Показатель / <i>Indicator</i>	Символ / <i>Symbol</i>	Расчет показателя / <i>Calculation of the indicator</i>
Коэффициент предикции лекарственной терапии / <i>Predictive factor of drug therapy</i>	КТ	$КТ = ГТ \div ВТ$
Коэффициент потенциальной предикции лекарственной терапии / <i>Coefficient of potential prediction of drug therapy</i>	КТп	$КТп = ГТп \div ВТп$
Коэффициент предикции медицинского сопровождения / <i>The coefficient of prediction of medical support</i>	КС	$КС = ГС \div ВС$
Коэффициент потенциальной предикции медицинского сопровождения / <i>Coefficient of potential prediction of medical support</i>	КСп	$КСп = ГСп \div ВСп$
Коэффициент предикции модификации образа жизни / <i>The coefficient of prediction of lifestyle modification</i>	КМ	$КМ = ГМ \div ВМ$
Коэффициент предикции модификации образа жизни / <i>The coefficient of prediction of lifestyle modification</i>	КМп	$КМп = ГМп \div ВМп$

Интерпретация значений коэффициентов предикции и потенциальной предикции

При значении показателя 1,0 и более вероятность реализации респондентом рекомендаций увеличивается.

При значении показателя менее 1,0 вероятность реализации рекомендаций уменьшается.

Комментарии:

Коэффициент предикции (потенциальной предикции) может предоставить поставщику медицинских услуг или исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям.

При этом расчет коэффициентов предикции (потенциальной предикции) пока не может рассматриваться как обязательный, поскольку пока не накоплено достаточно убедительной информации о его диагностической и прогностической ценности.

В то же время, количественная оценка показателей важности и готовности и коэффициента предикции рассматривается Рабочей группой в качестве потенциально важных дополнительных предикторов прогноза сохранения приверженности на протяжении времени и потенциальных маркеров эффективности мероприятий, направленных на управление приверженностью. Рабочая группа призывает к расширению исследований в данной области.

Второй этап

На втором этапе рассчитывают показатели приверженности (потенциальной приверженности) лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральный показатель – приверженность лечению.

Каждый такой показатель представляет собой величину, вычисленную для конкретного респондента, выраженную в условных процентах (от максимальной теоретически возможной, принятой за 100%).

Interpretation of the prediction coefficients values and potential prediction

With a value of 1.0 or more, the probability of the respondent implementing the recommendations increases.

If the indicator value is less than 1.0, the probability of implementing the recommendations decreases.

Comments:

The prediction coefficient (potential prediction) can provide additional information to the health care provider or researcher about the increase or decrease in the probability that the respondent will follow the recommended actions.

The calculation of prediction coefficients (potential prediction) cannot yet be considered mandatory, since sufficient convincing information about its diagnostic and prognostic value has not yet been accumulated.

The quantitative assessment of the indicators of importance and readiness and the prediction coefficient is considered as potentially important additional predictors of the forecast of maintaining adherence over time and potential markers of the effectiveness of measures aimed at managing adherence.

The second stage

At the second stage, indicators of adherence (potential adherence) to drug therapy, medical support, lifestyle modification and adherence to treatment are calculated.

Each indicator is a value calculated for a particular respondent. It is expressed in conditional percentages (from the maximum theoretically possible, taken as 100%).

**Расчет показателей приверженности и потенциальной приверженности /
Calculation of adherence and potential adherence indicators**

Приверженность лекарственной терапии / Adherence to drug therapy

$$ПТ = \frac{200}{(30 \div ВТ) \times (60 \div ГТ)},$$

где ПТ – приверженность лекарственной терапии, % / *adherence to drug therapy, %*; ВТ – важность лекарственной терапии, баллов / *the importance of drug therapy, points*; ГТ – готовность к лекарственной терапии, баллов / *readiness for drug therapy, points*.

Приверженность медицинскому сопровождению / Adherence to medical support

$$ПС = \frac{200}{(30 \div ВС) \times (60 \div ГС)},$$

где ПС – приверженность медицинскому сопровождению, % / *adherence to medical support, %*; ВТ – важность медицинского сопровождения, баллов / *the importance of medical support, points*; ГТ – готовность к медицинскому сопровождению, баллов / *readiness for medical support, points*.

Приверженность модификации образа жизни / Adherence to lifestyle modification

$$ПМ = \frac{200}{(30 \div ВМ) \times (60 \div ГМ)},$$

где ПМ – приверженность модификации образа жизни, % / *adherence to lifestyle modification, %*; ВТ – важность модификации образа жизни, баллов / *the importance of lifestyle modification, points*; ГТ – готовность к модификации образа жизни, баллов / *readiness for lifestyle modification, points*.

Приверженность лечению / Adherence to treatment

$$ПЛ = \frac{ПС + 2ПМ + 3ПТ}{6},$$

где ПЛ – приверженность лечению, % / *adherence to treatment, %*; ПС – приверженность медицинскому сопровождению, % / *adherence to medical support, %*; ПМ – приверженность модификации образа жизни, % / *adherence to lifestyle modification, %*; ПТ – приверженность лекарственной терапии, % / *adherence to drug therapy, %*.

Потенциальная приверженность лекарственной терапии / Potential adherence to drug therapy

$$ПТп = \frac{200}{(30 \div ВТп) \times (60 \div ГТп)},$$

где ПТп – потенциальная приверженность лекарственной терапии, % / *potential adherence to drug therapy, %*; ВТп – потенциальная важность лекарственной терапии, баллов / *potential importance of drug therapy, points*; ГТп – потенциальная готовность к лекарственной терапии, баллов / *potential readiness for drug therapy, points*.

Потенциальная приверженность медицинскому сопровождению / *Potential adherence to medical support*

$$ПСП = \frac{200}{(30 \div ВСП) \times (60 \div СТП)},$$

где ПСП – потенциальная приверженность медицинскому сопровождению, % / *potential adherence to medical support, %*; ВСП – потенциальная важность медицинского сопровождения, баллов / *potential importance of medical support, points*; СТП – потенциальная готовность к медицинскому сопровождению, баллов / *potential readiness for medical support, points*.

Потенциальная приверженность модификации образа жизни / *Potential adherence to lifestyle modification*

$$ПМП = \frac{200}{(30 \div ВМП) \times (60 \div МТП)},$$

где ПМП – потенциальная приверженность модификации образа жизни, % / *potential adherence to lifestyle modification, %*; ВМП – потенциальная важность модификации образа жизни, баллов / *potential importance of lifestyle modification, points*; МТП – потенциальная готовность к модификации образа жизни, баллов / *potential readiness for lifestyle modification, points*.

Потенциальная приверженность лечению / *Potential treatment adherence*

$$ПЛП = \frac{ПСП + 2ПМП + 3ПТП}{6},$$

где ПЛП – потенциальная приверженность лечению, % / *potential treatment adherence, %*; ПСП – потенциальная приверженность медицинскому сопровождению, % / *potential adherence to medical support, %*; ПМП – потенциальная приверженность модификации образа жизни, % / *potential adherence to lifestyle modification, %*; ПТП – потенциальная приверженность лекарственной терапии, % / *potential adherence to drug therapy, %*.

Интерпретация результатов / *Interpretation of results*

Выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (при нахождении полученного результата в диапазоне значений 75 % и более), «средний» (при нахождении в диапазоне от 50 % до 75 %) и «низкий» (при нахождении в диапазоне менее 50 %).

При этом каждый полученный результат имеет точное расчетное значение, т. е. является обособленно количественной характеристикой конкретного вида приверженности, а соответственно может быть ранжирован внутри диапазона, а также служить как единицей сравнения в сопоставлении с другими измерениями у одного и того же респондента, так и единицей сравнения с аналогично полученными показателями других респондентов.

There are three levels of adherence corresponding to the ranges used in this guide: «high» (when the result is in the range of values of 75 % or more), «medium» (when in the range of 50 % to 75 %) and «low» (when in the range of less than 50 %).

Each result obtained has an exact calculated value, i.e. it is a separate quantitative characteristic of a particular type of adherence, and accordingly can be ranked within a range, and also serve as a unit of comparison in comparison with other measurements of the same respondent, and a unit of comparison with similarly obtained indicators of other respondents.

9.3.2. Обработка результатов анкетирования в автоматизированном режиме / *Processing of survey results in automated mode*

Для анкетирования в автоматизированном режиме пользователь (пациент) самостоятельно, либо с участием интервьюера, используя персональный компьютер или иное коммуникационное электронное устройство, обеспечивающее доступ в сеть «Интернет», осуществляет переход на сайт опросника любым из следующих способов доступа:

For automated questioning, the user (patient) independently, or with the participation of an interviewer, using a personal computer or other electronic communication device that provides access to the Internet, navigates to the questionnaire's website using any of the following access methods:

– доступ с помощью автоматизированного распознавания QR:

– access via automated QR recognition:



– переход по электронной ссылке:

– click on an electronic link:

<http://www.prognoz-med.ru/#/>

Осуществив доступ, пользователь активирует приложение «Приверженность лечению», в котором заполняет опросник, последовательно вводя информацию в рабочие поля и отвечая на вопросы опросника.

Having gained access, the user activates the application «Adherence to treatment», in which he fills out a questionnaire, sequentially entering information into the working fields and answering the questionnaire questions.

После заполнения электронной анкеты результат обрабатывается автоматически и выдётся в виде заключения с рекомендациями в формате PDF, которое может быть сохранено пользователем в виде электронного документа либо распечатано.

After filling out the electronic questionnaire, the result is processed automatically and issued in the form of a conclusion with recommendations in PDF format, which can be saved by the user as an electronic document or printed out.

X. ШКАЛА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ КОМПЛАЙЕНСА

X. COMPLIANCE QUANTIFICATION SCALE

Термином «комплайенс» принято обозначать следование больным данным ему лечебным рекомендациям. Хотя это в принципе относится к любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплаиенсом прежде всего подразумевают следование больным лекарственным назначениям.

В психиатрии комплаиенс представляет собой проблему большой практической важности. Несоблюдение лекарственного режима вносит весьма существенный вклад в частоту рецидивирования заболевания и возрастание тяжести обострений.

У пациентов, прекративших прием лекарств, чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение. Социальными последствиями нарушения комплаиенса являются производственные и семейные проблемы больных, снижающие их качество жизни, а также финансовое бремя дорогостоящего лечения учащающихся рецидивов, которое в конечном счете ложится на плечи здорового населения. Чем ниже комплаиенс, тем дороже становится лечить психозы.

Тяжесть последствий нарушений больными с психическими расстройствами режима лекарственной терапии усугубляется их широкой распространенностью. Считается, что от одной трети до половины больных нарушают режим приема лекарств уже во время пребывания в психиатрическом стационаре и около двух третей без согласования с врачами снижают рекомендованные дозировки, хаотически принимают или совсем прекращают прием препаратов.

Уровень комплаиенса определяет сложное взаимодействие нескольких групп факторов, основные из которых – факторы, связанные с медикацией, пациентом, его отношениями с врачом и близким окружением.

Главным параметром, связанным с *медикацией*, является переносимость препарата. Комплаиенс снижают такие побочные эффекты нейролептиков как экстрапирамидная симптоматика, нейролептическая дисфория, акатизия, сексуальная дисфункция и увеличение веса. Надежным предиктором низкого комплаиенса является субъективный дистресс от увеличения веса.

The term “compliance” is used to denote the patient’s adherence to the medical recommendations. Although this applies in principle to any doctor’s recommendations, including advice on a healthy lifestyle, compliance primarily means following the patient’s medication prescriptions.

In psychiatry, compliance is an important issue. Non-compliance with the drug regimen makes a very significant contribution to the frequency of recurrence of the disease and an increase in the severity of relapse.

Patients who have stopped taking medications are more likely to have antisocial and suicidal behavior. The social consequences of compliance violations are the industrial and family problems of patients, which reduce their quality of life, as well as the financial burden of expensive treatment of frequent relapses, which ultimately falls on the budget of a healthy population. The lower the compliance, the more expensive it becomes to treat psychoses.

The severity of the consequences of violations by mentally ill patients of the drug therapy regime is aggravated by their widespread prevalence. It is believed that from one third to half of patients violate the medication regimen already during their stay in a psychiatric hospital and about two thirds reduce the recommended dosages without the consent of doctors, randomly take or completely stop taking medications.

The level of compliance determines the complex interaction of several groups of factors, the main of which are factors related to medicine, the patient, his relationship with the doctor and his close environment.

The main parameter associated with treatment is the drug tolerability. Side effects of neuroleptics as extrapyramidal symptoms, neuroleptic dysphoria, akathisia, sexual dysfunction and weight gain decrease compliance. A reliable predictor of low compliance is subjective distress from weight gain.

Предикторами комплайенса являются и социально-психологические характеристики больных. Больные с хорошим комплаенсом имеют более высокий уровень адаптации в семье и на производстве. Комплаиенс высоко коррелирует с производственной занятостью, социальными отношениями и повседневной активностью. Детерминантами низкого комплайенса являются недостаточная социальная активация и низкий уровень глобального функционирования.

Планирование деятельности психиатрической службы, оценка предполагаемой эффективности обслуживания больных требуют долгосрочного прогноза их следования лекарственным назначениям после выписки из стационара. Знание внутренней структуры комплайенса позволяет узнать, каким его уровень будет в дальнейшем. Сложность структуры комплайенса предполагает точную диагностику нарушений механизмов, обуславливающих его качество у каждого отдельного больного, что позволяет сделать соответствующие коррекционные вмешательства по оптимизации комплайенса более целенаправленными и эффективными. Объективация уровня комплайенса необходима для оценки эффективности мер по его коррекции.

Однако, точная оценка уровня комплайенса и его механизмов представляет собой весьма сложную задачу. Оценку комплайенса затрудняет то обстоятельство, что больные часто имеют тенденцию к завышению его уровня, избегая порицания врача и возложения на себя ответственности за возможное ухудшение состояния. Это обстоятельство делает недоверительными данные о комплаиенсе, полученные исключительно по самоотчетам больных без соответствующей коррекции с помощью информации, полученной от лечащих врачей и родственников.

10.1. Общие положения / *General clauses*

Шкала оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии заполняется не больным, а его лечащим врачом на основании достаточной полноты имеющейся информации о нем. Выходя за пределы самоотчета больного, оценка комплайенса становится системной, опираясь на все основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окружением.

The social and psychological characteristics of patients are also predictors of compliance. Patients with good compliance have a higher level of adaptation in the family and at work. Compliance is highly correlated with industrial employment, social relations and daily activity. The determinants of low compliance are insufficient social activation and a low level of global functioning.

Q Planning of psychiatric services, evaluation of the expected effectiveness of patient care require a long-term prognosis of their adherence to medicinal prescriptions after discharge from the hospital. Knowing internal structure of compliance allows to find out its future level. The complexity of the compliance structure implies an accurate diagnosis of violations of the mechanisms that determine its quality in each individual patient, which makes it possible to make appropriate corrective interventions to optimize compliance more targeted and effective. Objectification of the compliance level is necessary to assess the effectiveness of measures to correct it.

However, an accurate assessment of the level of compliance and its mechanisms is a very difficult task. Assessment of compliance is complicated by the fact that patients often tend to overestimate its level, avoiding censuring the doctor and taking responsibility for possible deterioration of the condition. This circumstance makes the data on compliance, obtained exclusively from self-reports of patients without appropriate correction with the help of information received from attending physicians and relatives, unreliable.

The scale of assessment of drug compliance in psychiatry is filled not by the patient, but by his attending physician on the basis of sufficient completeness of the available information about him. Following out beyond the patient's self-report, compliance assessment becomes systematic, relying on all the main groups of factors affecting compliance with the drug therapy regimen: factors related to the attitude to medicine, with the patient, the attending physician and the close environment.

Показания к использованию опросника

Все случаи проведения лекарственной терапии в психиатрии на добровольной основе.

Ограничения

- невозможность добровольного проведения лекарственной терапии в связи с отказом больного от лечения;
- невозможность проведения лекарственной терапии по соматическим противопоказаниям.

Описание технологии

Шкала заполняется лечащим врачом на основании всей полноты информации о больном, после ознакомления с анамнезом, клиническим состоянием, подробностями субъективного отношения к лекарственной терапии, данными наблюдения медперсонала за приемом лекарств при нахождении больного в стационаре и лиц близкого окружения при нахождении больного во внебольничных условиях.

При заполнении шкалы могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий.

Характеристики градаций по возможности приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. Более сложной может оказаться идентификация вариантов психологически обусловленного саботирования медикации, связанных с особенностями реагирования на врача, внутренней картины болезни и наличием субъективной (не всегда осознаваемой) выгоды от болезни, а также степени осознания психологических механизмов заболевания. Успех здесь определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики оценивают с помощью шкал BPRS и SANS. Для BPRS легкая степень тяжести заболевания кодируется при общем балле до 40, средняя – 40–60, значительная – свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень – 30–60, высокий – свыше 60.

Низкая частота рецидивирования определяется при наличии по данным анамнеза не более одного рецидива в год, средняя – при 2–3, высокая – свыше 3 рецидивов в год.

Indications for using the questionnaire

All cases of voluntary drug therapy in psychiatry.

Limitations

- the impossibility of voluntary drug therapy due to the patient's treatment refusal ;
- the inability to carry out drug therapy due to somatic contraindications.

Description of the technology

The scale is filled in by the attending physician on the basis of the fullness of information about the patient, after familiarization with the anamnesis, clinical condition, details of the subjective attitude to drug therapy, data from the observation of medical staff taking medications when the patient is in the hospital and close associates when the patient is in out-of-hospital conditions.

When filling in the scale, any form can be used. The points of the scale are graduated, the graduations are provided with meaningful characteristics of the differences.

The characteristics of the gradations are brought to recognizable behavioral characteristics or attitudes of the patient. It may be more difficult to identify options for psychologically conditioned sabotage of medication related to the peculiarities of the response to the doctor, the internal picture of the disease and the presence of subjective benefits from the disease, as well as insight of the psychological mechanisms of the disease. Success is determined by the clinical qualification of the expert and the completeness of the preliminary examination of the patient.

The level of productive and negative psychopathological symptoms is assessed using the BPRS and SANS scale. For BPRS, a low level of severity is encoded with a total score of up to 40, average – 40–60, high – over 60. For SANS, the low level of severity is encoded with a total score of less than 30, the average level is 30–60, and the high level is over 60.

A low recurrence rate is encoded if, according to the anamnesis, there is no more than one recurrence per year, the average is 2–3, and the high is more than 3 recurrences per year.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе и семье оценивают при помощи шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируют при общем показателе свыше 60 баллов, средний – 40–60 баллов, высокий – менее 40 баллов.

Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему – некоторых из них, низкому – лишь недорогих общедоступных лекарственных средств.

Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплаенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением п.п. 1.10 и 1.11, относящихся к пути введения препарата, где существенным представляется учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу.

Общий балл рассчитывают простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

The overall level of functioning at work, in school and in the family is assessed using the Global Assessment of Functioning scale (GAF). A low level of violations is encoded with a total score of over 60 points, an average of 40-60 points, a high of less than 40 points.

The high level of material support of people around in the purchase of medicines corresponds to the possibility of purchasing any set of expensive drugs required, the average – some of them, the low – only inexpensive publicly available medicines.

The quantitative values of the gradations are arranged in such a way that an increase in the level of compliance corresponds to an increase in the score value. The lower level of gradations is zero except paragraphs 1.10 and 1.11 related to the drug administration route, where it is essential to take into account whether this mode of drug intake is used at the time of filling the scale. At the same time, 0 means both the patient's indifferent attitude to this route of administration, and the fact that it is not used. The acceptability of this method for the patient increases, and the unacceptability lowers the overall school score by one unit.

The total score is calculated by adding the values of the gradations of individual points.

10.2. Анкетирование респондентов / Survey of respondents

10.2.1. Шкала медикаментозного комплаенса

1. Отношение к медикации

1.1. Поведение при проведении медикаментозного лечения	Баллы
Самостоятельный прием лекарств	2
Прием лекарств под контролем медицинского персонала, родственников	1
Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается)	0

1.2. Заинтересованность в приеме лекарств	Баллы
Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии	3
Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	2
Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект	1
Нежелание принимать лекарства	0

1.3. Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще, или проявлением побочных эффектов	Баллы
Отсутствие необоснованных опасений в отношении медикации	5
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	4
Считает что препараты как любые «химические», то есть чужеродные вещества могут оказаться вредными для организма	3
Считает что психотропные вещества в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	2
Негативно относится к принимаемому препарату, так как на себе испытал его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	1
Негативно относится к лекарствам, так как на себе испытал их субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов	0

1.4. Психологически обусловленное саботирование медикации	Баллы
Психологически обусловленное саботирование отсутствует	5
Недостаточность субъективного страдания от болезни	4
Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т. д.)	3
Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя или окружающих)	2
Особенности внутренней картины болезни	1
Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды)	0

1.5. Анамнестические сведения о нарушении комплаенса (при их наличии)	Баллы
Нет нарушений	4
Снижение дозировок лекарств	3
Нерегулярность приема лекарств	2
Прекращение приема лекарств	1
Прием не рекомендованных врачом лекарств	0

1.6. Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам	Баллы
Положительное	2
Нейтральное / ранее не принимал	1
Отрицательное	0

1.7. Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии	Баллы
Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

1.8. Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов	Баллы
Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

1.9. Приемлемость парентерального способа введения препарата	Баллы
Удовлетворен	+1
Индифферентен / не используется	0
Не удовлетворен	-1

1.10. Приемлемость перорального приема препарата	Баллы
Удовлетворен	+1
Индифферентен / не используется	0
Не удовлетворен	-1

1.11. Удовлетворенность режимом приема препарата	Баллы
Полностью удовлетворен	2
Нейтрален	1
Неудовлетворен	0

1.12. Доступность препарата	Баллы
Доступен	1
Недоступен по финансовым или иным причинам	0

1.13. Информация о времени ожидаемого начала действия препарата	Баллы
Получена больным	1
Не получена	0

2. Факторы, связанные с пациентом

2.1. Осознание болезни	Баллы
Инсайт на психологические механизмы болезни	3
Наличие критики к симптомам	2
Частичная критика	1
Отсутствие критики	0

2.2. Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS)	Баллы
Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

2.3. Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS)	Баллы
Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

2.4. Частота рецидивирования	Баллы
Низкая	2
Средняя	1
Высокая	0

2.5. Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению	Баллы
Низкие	2
Средние	1
Высокие	0

2.6. Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности	Баллы
Отсутствует	1
Имеется	0

2.7. Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного (по шкале GAF)	Баллы
Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

2.8. Наличие когнитивных нарушений	Баллы
Отсутствуют	1
Имеются	0

3. Факторы, связанные с близким окружением

3.1. Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств	Баллы
Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

3.2. Отношение близкого окружения к медикации	Баллы
Адекватное отношение	3
Отрицательное отношение друзей	2
Отрицательное отношение лечащего психотерапевта / парапрактика	1
Отрицательное / адекватное отношение семьи	0

4. Факторы, связанные с лечащим врачом

4.1. Терапевтический альянс	Баллы
Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

4.2. Адекватность врачебного наблюдения вне обострения	Баллы
Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

10.2.1 Medication Compliance Scale

1. Attitude towards medication

1.1 Behavior in Medication Therapy	Scores
Self-administration of medications	2
Taking medication under the control of medical personnel, relatives	1
Avoiding taking medication	0

1.2 Interest in taking medication	Scores
Active attitude towards taking the medication, understanding of the necessity of taking it, interest in the therapy parameters	3
Consent to take the medication when in doubt about its effectiveness	2
Passive acceptance with no hope of effect	1
Unwillingness to take medication	0

1.3 Concerns related to psychotropic effects in general, or manifestation of side effects	Scores
No unfounded concerns about medication	5
Considers that psychotropic medications may cause unpleasant side effects in the future	4
Considers that medications, like any «chemical», i.e., foreign substances, may prove harmful to the bod	3
Considers that psychotropic medications may produce a psychological effect of «zombification», «destruction» of personality in the future	2
Is negative about the medication taken because he/she has experienced subjectively distressing side effects or lack of effect	1
Negative about the medication because she/he has experienced subjectively distressing side effects or lack of effects of several (3 or more) of the medications	0

1.4 Psychologically Conditioned Sabotage of Medication	Scores
Psychologically conditioned sabotage is absent	5
Lack of subjective suffering from the illness	4
Peculiarities of doctor's perception (mistrust, dissatisfaction with contact, etc.)	3
Fear of stigmatization (taking medication is perceived as confirmation of mental illness to self or others)	2
Peculiarities of the internal picture of the illness	1
The presence of secondary benefits from the illness (providing care to relatives, release from responsibility and stress, material benefits)	0

1.5 Anamnestic information about compliance disorders (if any)	Scores
No disorders	4
Reduced medication dosages	3
Irregular medication intake	2
Discontinuation of medications	1
Taking medications not recommended by a doctor	0

1.6 Patient's attitude to previously taken medications	Scores
Positive	2
Neutral / previously not accepted	1
Negative	0

1.7 Patient Evaluation of the Effectiveness of the Drug currently Being Taken for Monotherapy	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

1.8 Patient Evaluation of the Effectiveness of the Current Drug Combination	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

1.9 Acceptability of the parenteral method of drug administration	Scores
Satisfied	+1
Indifferent / not used	0
Not satisfied	-1

1.10. Acceptability of oral medication	Scores
Satisfied	+1
Indifferent / not used	0
Not satisfied	-1

1.11. Satisfaction with the drug regimen	Scores
Satisfied	2
Indifferent	1
Not satisfied	0

1.12. Medication Availability	Scores
Available	1
Not available for financial or other reasons	0

1.13. Information about the expected start time of the medication	Scores
Received by patient	1
Not received	0

2. Patient-Related Factors

2.1 Awareness of illness	Scores
Insight into the psychological mechanisms of the illness	3
Existence of criticism of symptoms	2
Partial criticism	1
Absence of criticism	0

2.2 Level of productive psychopathological symptomatology (BPRS scale)	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

2.3 Level of negative symptoms (SANS scale)	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

2.4 Recurrence rate	Scores
Low	2
Medium	1
High	0

2.5 Suicidal and other self-destructive tendencies	Scores
Low	2
Medium	1
High	0

2.6 Comorbidity with psychoactive substance use and/or personality disorders	Scores
Not available	1
Available	0

2.7 Global level of social functioning, adaptation of the patient (according to the GAF scale)	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

2.8 Presence of cognitive disorders	Scores
Not available	1
Available	0

3. Factors related to the inner circle

3.1 Level of social support, including material assistance in purchasing medications	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

3.2 Attitudes of the inner circle toward medication	Scores
Adequate attitude	3
Negative attitude of friends	2
Negative attitude of attending psychotherapist/parapractitioner	1
Negative/inadequate attitude of family	0

4. Factors related to the attending physician

4.1 Therapeutic Alliance	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

4.2 Adequacy of medical supervision outside of an exacerbation	Scores
High	2
Medium	1
Low	0

10.2.2. Шкала краткой психиатрической оценки / *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*

Кодировка: 0 – оценить невозможно, 1 – отсутствует, 2 – очень слабая выраженность, 3 – слабая выраженность, 4 – умеренная выраженность, 5 – сильная выраженность, 6 – очень сильная выраженность, 7 – крайняя степень выраженности.

1. Соматическая озабоченность.

Степень озабоченности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет.

2. Тревога.

Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам.

3. Эмоциональная отгороженность.

Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удается установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения.

4. Концептуальная дезорганизация, нарушения мышления.

Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях.

5. Чувство вины и самоуничижение.

Чрезмерная озабоченность или угрызения совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита.

Encoding: 0 – not assessed, 1 – not present, 2 – very mild, 3 – mild, 4 – moderate, 5 – moderately severe, 6 – severe, 7 – extremely severe.

1. Somatic concern.

Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not.

2. Anxiety.

Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms

3. Emotional withdrawal.

Deficiency in relating to the interviewer and to the interviewer situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation.

4. Conceptual disorganization.

Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning.

5. Guilt feelings.

Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses.

6. Напряженность.

Признаки напряженности, «нервозности» и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного.

7. Манерность и поза.

Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы «нормальных». Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность.

8. Идеи величия.

Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы.

9. Депрессия.

Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы.

10. Враждебность.

Недоброжелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр оценивается в п. 14 (снижение установки на сотрудничество с врачом).

11. Подозрительность.

Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях, вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций.

6. Tension.

Physical and motor manifestations of tension “nervousness”, and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient.

7. Mannerism, and posturing.

Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.

8. Grandiosity.

Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient’s statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.

9. Depressive mood.

Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.

10. Hostility.

Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (Rate attitude toward interviewer under “uncooperativeness”).

11. Suspiciousness.

Belief (delusional or otherwise) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances.

12. Галлюцинации.

Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые – так, как они описывались – демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений.

13. Моторная заторможенность.

Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости.

14. Отказ от сотрудничества (малоконтактность).

Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра.

15. Необычное содержание мыслей.

Необычные, странные, причудливые или вычурные содержания мышления. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада процесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п.4).

16. Притупленный или неадекватный аффект.

Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности.

17. Возбуждение.

Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций.

18. Дезориентация.

Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах.

12. Hallucinatory behaviour.

Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people

13 Motor retardation.

Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.

14. Uncooperativeness

Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation.

15. Unusual thought content.

Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes.

16. Blunted affect.

Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement.

17. Excitement.

Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.

18. Disorientation.

Confusion or lack of proper association for person, place or time.

10.2.3. Шкала оценки негативных симптомов / *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*

Кодировка: 0 – отсутствует, 1 – сомнительно, 2 – в легкой степени, 3 – умеренно, 4 – выражено, 5 – тяжелые нарушения.

1. Уплотнение и ригидность аффекта.

1. Обеднение мимики. 2. Снижение спонтанной подвижности. 3. Обеднение выразительности моторики. 4. Избегание контакта взглядом. 5. Уплотнение аффекта. 6. Неадекватность аффекта (паратимии). 7. Монотонность, снижение выразительности речи. 8. Субъективное ощущение потери эмоций.

2. Нарушения речи.

1. Обеднение словарного запаса. 2. Обеднение тематики разговора. 3. Обрывы мыслей. 4. Ответы с задержкой. 5. Субъективная оценка нарушений речи.

3. Апати-абулические расстройства.

1. Уход за собой. 2. Снижение продуктивности в работе или учебе. 3. Снижение физического энергетического потенциала. 4. Субъективная оценка апати-абулических нарушений.

4. Ангедония – асоциальность.

1. Активность свободного времени. 2. Сексуальные интересы. 3. Способность чувствовать интимность и близость. 4. Отношения с родными и коллегами (аутизм). 5. Субъективное осознание ангедонии-асоциальности.

5. Внимание.

1. Невнимательность в контакте. 2. Невнимательность при психологическом тестировании. 3. Субъективное восприятие снижения концентрации внимания.

Encoding: 0 – none/none at all, 1 – questionable, 2 – mild, 3 – moderate, 4 – marked, 5 – severe, U – unknown/cannot be assessed/not assessed

1. Affective flattening or blunting.

1. Unchanging facial expression. 2. Decreased spontaneous movements. 3. Paucity of expressive gestures. 4. Poor eye contact. 5. Affective nonresponsivity. 6. Inappropriate affect (parathymia). 7. Lack of vocal inflections. 8. Global rating of affective flattening.

2. Alogia.

1. Poverty of speech. 2. Poverty of content of speech. 3. Blocking. 4. Increased latency of response. 5. Global rating of alogia

3. Avolition/apathy

1. Grooming and hygiene. 2. Inpersistence at work or school. 3. Physical anergia. 4. Global rating of avolition/apathy.

4. Anhedonia/asociality

1. Recreational interests and activities. 2. Sexual activity. 3. Ability to feel intimacy and closeness. 4. Relationships with friends and peers. 5. Global rating of anhedonia/asociality

5. Attention.

1. Social inattentiveness. 2. Inattentiveness during mental status testing. 3. Global rating of attention.

**Ссылка на полный текст Шкалы оценки негативных симптомов
(Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) в сети «Интернет»**



https://bstudy.net/771771/psihologiya/shkala_otsenki_negativnyh_simptomov_sans

10.2.4. Шкала глобального функционирования / *Global Assessment of Functioning (GAF)*

100–80.

Нет снижения, высокий уровень функционирования; работает с полным напряжением и выполняет все, что ожидается, поддерживает отличные отношения по работе, эффективно продвигается в своей карьере.

80–60.

Нет снижения, удовлетворительный уровень функционирования; работает на удовлетворительном уровне, хорошие отношения по работе, удовлетворительное продвижение в карьере.

60–40.

Незначительное снижение, легкие затруднения в функционировании; легкие затруднения в работе, учебе или домашнем хозяйстве, некоторые трудности в отношениях по работе, некоторые трудности в продвижении, есть прогулы на работе или в школе.

100–91.

Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.

90–81.

Absent or minimal symptoms (e.g., mild anxiety before an exam), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities. socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (e.g. an occasional argument with family members).

80–71.

If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g., difficulty concentrating after family argument); no more than slight impairment in social, occupational or school functioning (e.g., temporarily failing behind in schoolwork).

70–61.

Some mild symptoms (e.g. depressed mood and mild insomnia) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., occasional truancy, or theft within the household), but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.

60–51.

Moderate symptoms (e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks) OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers).

50–41.

Serious symptoms (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., no friends, unable to keep a job).

40–20.

Умеренное снижение, значительные затруднения в функционировании: Значительные трудности в работе, учебе или домашнем хозяйстве, значительные трудности в отношениях, отсутствие продвижения, частые прогулы или постоянные опоздания, или пренебрежение домашними обязанностями.

20–0.

Сильное снижение, практическая невозможность функционирования; практическая невозможность выполнять работу, учиться или заниматься домашним хозяйством, очень частые прогулы или полное пренебрежение домашним хозяйством.

40–31.

Some impairment in reality testing or communication (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).

30–21.

Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment OR inability to function in almost all areas (e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends).

20–11.

Some danger of hurting self or others (e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g., smears feces) OR gross impairment in communication (e.g., largely incoherent or mute).

10–1.

Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.

XI. ШАБЛОНЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

XI. RECOMMENDATION TEMPLATES FOR PATIENTS

11.1. Рекомендации (речевые модули) для дееспособных респондентов с установленным уровнем приверженности лечению: взрослые, включая беременных женщин, в возрастной группе 18 лет и старше; подростки, в возрастной группе 12 лет и старше / *Recommendations (speech modules) for capable respondents with an established level of adherence to treatment: adults, including pregnant women, in the age group of 18 years and older; adolescents, in the age group of 12 years and older*

Респонденты с высоким уровнем приверженности лекарственной терапии

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

Респонденты со средним уровнем приверженности лекарственной терапии

Речевой модуль. При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Обязательно уточните у врача, приём каких препаратов Вам категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно

Respondents with a high level of adherence to drug therapy

The speech module. With the overwhelming number of diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment, both medications are often needed. If you have several diseases for the treatment of which you are taking medications, be sure to inform every doctor you contact about this, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously they can worsen your well-being.

Respondents with an average level of adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment, both medications are often needed. Be sure to ask your doctor which medications you absolutely cannot be interrupted. If you forget to take medications regularly or you do not always have the opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications

принимать лекарства или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их один или два раза в день. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приёме могут ухудшить самочувствие.

Респонденты с низким уровнем приверженности лекарственной терапии

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

Респонденты с высоким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

Речевой модуль. При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Уточните у врача, какие лабораторные анализы с какой частотой нужно делать, на какие

in such a way that you take them once or twice a day. If you have several diseases for which you are taking medications, be sure to inform every doctor you contact about it, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously they can worsen your well-being.

Respondents with a low level of adherence to drug therapy

The speech module. *In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment, both medications are often needed. Be sure to ask your doctor which medications are vital to you and which medications should absolutely not be interrupted. If you forget to take medications regularly or you do not always have such an opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications in such a way that you take them only once a day. If you have several diseases for which you are taking medications, be sure to inform every doctor you contact about it, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously they can worsen your well-being.*

Respondents with a high level of adherence to medical support

The speech module. *In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. Ask your doctor what laboratory tests and how frequently have to be done. Ask what indicators have to be attended and when to seek medical assistance.*

показатели обращать внимание и при каком их изменении нужно обращаться за медицинской помощью. Согласуйте с врачом примерные сроки необходимого инструментального обследования и плановых визитов на прием. При визитах к врачу обязательно берите с собой результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Респонденты со средним уровнем приверженности медицинскому сопровождению

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

Респонденты с низким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

Речевой модуль. При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Обязательно выясните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью Вам наиболее необходимы для контроля состояния здоровья и при каком изменении показателей следует обязательно обратиться к врачу. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) можно выполнять самостоятельно – это избавит

Coordinate with your doctor the approximate dates of the necessary instrumental examination and scheduled appointments. When visiting a doctor, be sure to take the results of laboratory and instrumental studies with you, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with an average level of adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. Check with your attending physician what laboratory and instrumental studies and with what frequency you need to do and when they change, you should definitely seek medical help. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar testing, and others) can be performed independently – this will reduce the number of visits to the polyclinic. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with a low level of adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. Be sure to find out from your attending physician what laboratory and instrumental studies and with what frequency are most necessary for you to monitor your health and at what change in indicators you should definitely consult a doctor. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar testing, and others) can be performed independently. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Вас от большинства обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Респонденты с высоким уровнем приверженности модификации образа жизни

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

Респонденты со средним уровнем приверженности модификации образа жизни

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

Respondents with a high level of adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If you are being observed by a doctor in connection with such a disease, ask him to give detailed recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful in your condition and which are harmful. If special physical exercises or other activities are recommended for your disease, ask the doctor to tell you about them, try to write them down and perform them later. If you need to change your usual diet, find out in detail which foods and drinks should prevail in the diet, and which ones should be abandoned. If you have an increased weight, you can, following the doctor's recommendations, normalize it or significantly reduce it. Also, if necessary, you are able to significantly limit or completely quit harmful habits.

Respondents with an average level of adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If you are being observed by a doctor in connection with such a disease, ask him to give specific recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful in your condition and which are harmful. If special physical exercises or other activities are recommended for your disease, highlight the most important thing to focus on and perform in the future. If you need to change your usual diet, first of all, specify which foods and drinks you must definitely give up or significantly limit them, and try not to consume such foods and drinks. If you have an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to reduce it, and find out which methods are most effective for your disease. Despite the fact that it can be difficult to give up harmful habits (for example, smoking or excessive alcohol consumption), it is quite possible. If you have such habits, discuss with your doctor which of them are the most dangerous for you, highlight the most important problem and try to deal with it.

алкоголя) бывает трудно, это вполне возможно. При наличии таких привычек, обсудите с врачом, какие из них для Вас наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться.

Респонденты с низким уровнем приверженности модификации образа жизни

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

Respondents with a low level of adherence to lifestyle modification

The speech module. *With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the lifestyle. If you are being observed by a doctor in connection with such a disease, ask him to tell you what needs to be done first so that your disease does not progress. Highlight the most important thing in the daily routine organization. Find out which physical activities are most harmful and dangerous for you, and try to avoid them. If you need to change your usual diet, first of all, specify which foods and drinks you must definitely give up or limit significantly, and try not to consume such foods and drinks. If you have an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to try to reduce it, and find out which methods will be most effective. Despite the fact that it is difficult to give up harmful habits (for example, smoking or excessive alcohol consumption), it is possible. If necessary, discuss with your doctor which of these habits are the most dangerous for you, highlight the most important problem and try to deal with it.*

11.2. Рекомендации (речевые модули) для дееспособных респондентов с установленным уровнем потенциальной приверженности лечению: взрослые, включая беременных женщин, в возрастной группе 18 лет и старше; подростки, в возрастной группе 12 лет и старше / *Recommendations (speech modules) for capable respondents with an established level of potential adherence to treatment: adults, including pregnant women, in the age group of 18 years and older; adolescents, in the age group of 12 years and older*

Респонденты с высоким уровнем потенциальной приверженности лекарственной терапии

Речевой модуль. При подавляющем числе заболеваний необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде,

Respondents with a high level of potential adherence to drug therapy

The speech module. *With the overwhelming number of diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes).*

а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Если у Вас выявят заболевания, для лечения которых потребуется прием лекарств, обязательно сообщите об этом каждому врачу, к которому нужно будет обращаться, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, и при одновременном приёме они могут ухудшить самочувствие.

Респонденты со средним уровнем потенциальной приверженности лекарственной терапии

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

Респонденты с низким уровнем потенциальной приверженности лекарственной терапии

Речевой модуль. При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин

For high-quality treatment, both medications are often needed. If you are diagnosed with diseases that require medication to treat, be sure to inform every doctor you need to contact, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with an average level of potential adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment, both medications are often needed. If you are diagnosed with diseases for the treatment of which medication will be required, be sure to check with your doctor which medications you will absolutely not be interrupted. If you forget to take medications regularly or you do not always have the opportunity, be sure to tell your doctor about this and ask him to choose medications in such a way that you take them once or twice a day. If you have several diseases that require medication to treat, be sure to inform every doctor you need to contact, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with a low level of potential adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment, both medications

помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Если у Вас выявят заболевания, для лечения которых потребуется прием лекарств, обязательно уточните у врача, какие лекарства Вам будут жизненно необходимы и приём каких препаратов категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно принимать лекарства или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их только один раз в день. Если у Вас будет выявлено несколько заболеваний, для лечения которых необходим прием лекарств, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приёме могут ухудшить самочувствие.

Респонденты с высоким уровнем потенциальной приверженности медицинскому сопровождению

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

Респонденты со средним уровнем потенциальной приверженности медицинскому сопровождению

Речевой модуль. При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема

are often needed. If you are diagnosed with diseases for the treatment of which medication will be required, be sure to check with your doctor which medications you will need and which medications absolutely cannot be interrupted. If you forget to take medications regularly or you do not always have such an opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications in such a way that you take them only once a day. If you have several diseases that require medication to treat, be sure to inform every doctor you contact about this, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with a high level of potential adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. If you need medical supervision, ask your doctor what laboratory tests with what frequency you need to do, what indicators to pay attention to and when they change, you need to seek medical help. Coordinate with your doctor the approximate dates of the necessary instrumental examination and scheduled appointments. When visiting a doctor, be sure to take with you the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with an average level of potential adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently.

варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Если Вам потребуется медицинское наблюдение, уточните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью нужно делать и при каком их изменении следует обязательно обратиться за медицинской помощью. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) можно выполнять самостоятельно – это уменьшит количество обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Респонденты с низким уровнем потенциальной приверженности медицинскому сопровождению

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

Респонденты с высоким уровнем потенциальной приверженности модификации образа жизни

Речевой модуль. При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы будете наблюдаться у врача, попросите его дать подробные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки полезны в вашем состоянии, а какие вредны. Если при вашем заболевании будут

If you need medical supervision, check with your attending physician what laboratory and instrumental studies and with what frequency you need to do and when they change, you should definitely to find medical help. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar testing, and others) can be performed independently. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with a low level of potential adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. If you need medical supervision, be sure to find out from your attending physician what laboratory and instrumental studies and with what frequency are most necessary for you to monitor your health and at what change in indicators you should definitely consult a doctor. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar testing, and others) can be performed independently. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with a high level of potential adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If you will be consulted by a doctor in connection with such a disease, ask him to give detailed recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful in your condition and which are harmful. If special physical exercises or other

рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – попросите врача рассказать о них, постарайтесь их записать и в последующем выполнять. Если потребуется изменить привычную диету, подробно выясните, какие именно продукты и напитки должны преобладать в питании, а от каких лучше отказаться. Если у Вас повышен вес, Вы сможете, следуя рекомендациям врача, его нормализовать или существенно снизить. Также при необходимости Вы в состоянии существенно ограничить или полностью отказаться от нежелательных привычек – курения или избыточного употребления алкоголя.

Респонденты со средним уровнем потенциальной приверженности модификации образа жизни

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

Респонденты с низким уровнем потенциальной приверженности модификации образа жизни

Речевой модуль. При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы будете наблюдаться у врача, попросите его рассказать, что в первую очередь необходимо сделать для того, чтобы Ваше заболевание не прогрессировало. Выделите самое важное

activities are recommended for your disease, ask the doctor to tell you about them, try to write them down and perform them later. If you need to change your usual diet, find out in detail which foods and drinks should prevail in the diet, and which ones should be abandoned. If you have an increased weight, you can, following the doctor's recommendations, normalize it or significantly reduce it. Also, if necessary, you are able to significantly limit or completely abandon harmful habits.

Respondents with an average level of potential adherence to lifestyle modification

The speech module. *With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If you will be consulted by a doctor in connection with such a disease, ask him to give specific recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful in your condition and which are harmful. If special physical exercises or other activities are recommended for your disease, highlight the most important thing to focus on and perform in the future. If you need to change your usual diet, first of all, specify which foods and drinks you must definitely give up or significantly limit them, and try not to consume such foods and drinks. If you have an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to reduce it, and find out from him which methods will be most effective for your disease. Despite the fact that it can be difficult to give up harmful habits (for example, smoking or excessive alcohol consumption), it is quite possible. If you have such habits, discuss with your doctor which of them are the most dangerous for you, highlight the most important problem and try to cope with it.*

Respondents with a low level of potential adherence to lifestyle modification

The speech module. *With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If you will be consulted by a doctor in connection with such a disease, ask him to tell you what needs to be done first so that your disease does not progress. Highlight the most important thing in the organization of the daily routine.*

в организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки для Вас наиболее вредны и опасны, и постарайтесь их избегать. Если потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить, и постарайтесь такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться его снизить, и выясните, какие способы при этом будут наиболее эффективны. Несмотря на то, что трудно отказываться от нежелательных привычек (например, курения или избыточного употребления алкоголя), это возможно. При такой необходимости обсудите с лечащим врачом, какие из этих привычек для Вас наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться.

Find out which physical activities are most harmful and dangerous for you, and try to avoid them. If you need to change your usual diet, first of all, specify which foods and drinks you must definitely give up or significantly limit them, and try not to consume such foods and drinks. If you have an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to try to reduce it, and find out which methods will be most effective. Despite the fact that it is difficult to give up harmful habits (for example, smoking or excessive alcohol consumption), it is possible. If necessary, discuss with your doctor which of these habits are the most dangerous for you, highlight the most important problem and try to cope with it.

11.3. Рекомендации (речевые модули) для лиц с установленным уровнем приверженности лечению, являющихся законными представителями (родителями, опекунами, попечителями) детей, не достигших возраста 12 лет, а также иных ограниченно дееспособных или недееспособных лиц /
Recommendations (speech modules) for persons with an established level of adherence to treatment, who are legal representatives (parents, guardians, trustees) of children under the age of 12, as well as other persons with limited legal capacity or incapacitated

Респонденты с высоким уровнем приверженности лекарственной терапии

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

Respondents with a high level of adherence to drug therapy

The speech module. With the majority of diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment of your ward, taking both medications is needed. If your ward has several diseases be sure to inform every doctor you contact about it, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Респонденты со средним уровнем приверженности лекарственной терапии

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

Респонденты с низким уровнем приверженности лекарственной терапии

Речевой модуль. При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения Вашего подопечного часто нужен приём и тех и других лекарств. Обязательно уточните у врача, какие лекарства Вашему подопечному жизненно необходимы и приём каких препаратов категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно давать лекарства Вашему подопечному, или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их только один раз в день. Если у Вашего подопечного несколько заболеваний, для лечения которых необходим

Respondents with an average level of adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment of your ward taking of both medications is needed. Be sure to ask your doctor which medications absolutely cannot be interrupted. If you forget to give medications to your ward regularly, or you do not always have such an opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications in such a way as to take them once or twice a day. If your ward has several diseases for the treatment of which medication is necessary, be sure to inform every doctor you contact about it, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with a low level of adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). For high-quality treatment of your ward, you often need to take both medications. Be sure to ask your doctor which medications are vital for your ward and which medications should absolutely not be interrupted. If you forget to regularly give medications to your ward, or you do not always have such an opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications in such a way that you take them only once a day. If your ward has several diseases be sure to inform every doctor you contact about it, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

прием лекарств, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приеме могут ухудшить самочувствие.

Респонденты с высоким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

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

Респонденты со средним уровнем приверженности медицинскому сопровождению

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

Respondents with a high level of adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. Ask your doctor what laboratory tests with what frequency your ward needs to be done, what indicators to pay attention to and when they change, you need to seek medical help. Coordinate with your doctor the approximate timing of the necessary instrumental examination of your ward and scheduled appointments. When visiting a doctor, be sure to take with you the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with an average level of adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. Check with your attending physician what laboratory and instrumental studies and with what frequency your ward needs to be done and when they change, you should definitely seek medical help. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar study, and others) your ward can perform independently. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Респонденты с низким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

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

Респонденты с высоким уровнем приверженности модификации образа жизни

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

Respondents with a low level of adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. Be sure to find out from the doctor what laboratory and instrumental studies and with what frequency it is most necessary for your ward to monitor the state of health and at what change in indicators it is necessary to consult a doctor. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar study, and others) your ward can perform independently. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with a high level of adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If your ward is being observed by a doctor in connection with such a disease, ask him to give detailed recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful to your ward, and which are harmful. If special physical exercises or other activities are recommended for your ward's illness, ask the doctor to tell you about them, try to write them down and monitor their performance later. If your ward needs to change his/her usual diet, find out in detail which foods and drinks should prevail in the diet, and which ones should be restricted. If your ward has increased weight, you can normalize it or significantly reduce it. You are able to help your ward significantly limit or completely abandon harmful habits.

Респонденты со средним уровнем приверженности модификации образа жизни

Речевой модуль. При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Ваш подопечный наблюдается у врача, попросите его дать конкретные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки полезны Вашему подопечному, а какие вредны. Если Вашему подопечному рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – выделите самое главное, чтобы сосредоточиться на этом и в последующем контролировать выполнение. Если Вашему подопечному потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить. Если у Вашего подопечного повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли его снизить, и выясните у него, какие способы будут наиболее эффективны. При наличии у Вашего подопечного вредных привычек, обсудите с врачом, какие из них для него наиболее опасны, и постарайтесь контролировать ее ограничение.

Респонденты с низким уровнем приверженности модификации образа жизни

Речевой модуль. При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Ваш подопечный наблюдается у врача, попросите его рассказать, что в первую очередь необходимо сделать для того, чтобы заболевание Вашего подопечного не прогрессировало. Выделите самое важное в организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки наиболее вредны и опасны для Вашего подопечного, и постарайтесь их исключить. Если Вашему подопечному потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков ему нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить. Если у Вашего подопечного повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться его снизить, и выясните, какие способы при этом будут наиболее эффективны. При наличии у Вашего подопечного вредных привычек, обсудите с лечащим врачом, какие из них для него наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь контролировать ее ограничение.

Respondents with an average level of adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If your ward is being observed by a doctor in connection with such a disease, ask him to give specific recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful to your ward, and which are harmful. If special activities are recommended to your ward, highlight the most important thing to focus on and monitor its implementation. If your ward needs to change his usual diet, first of all, specify which foods and drinks he/she must definitely give up or significantly limit them. If your ward has an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to reduce it, and find out which methods will be most effective. If your ward has bad habits, discuss with your doctor which of them are most dangerous for him/her, and try to control its restriction.

Respondents with a low level of adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual way of life. If your ward is being observed by a doctor in connection with such a disease, ask him/her to tell you what first of all needs to be done so that your ward's disease does not progress. Highlight the most important thing in the organization of the daily routine. Find out which physical activities are the most harmful and dangerous for your ward, and try to exclude them. If your ward needs to change his usual diet, first of all, specify which foods and drinks he/she needs to give up or limit significantly. If your ward has an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to try to reduce it, and find out which methods are most effective. If your ward has harmful habits, discuss with your doctor which of them are the most dangerous for him/her, highlight the most important problem and try to control its limitation.

11.4. Рекомендации (речевые модули) для лиц с установленным уровнем потенциальной приверженности лечению, являющихся законными представителями (родителями, опекунами, попечителями) детей, не достигших возраста 12 лет, а также иных ограниченно дееспособных или недееспособных лиц / Recommendations (speech modules) for persons with an established level of potential adherence to treatment, who are legal representatives (parents, guardians, guardians) of children under the age of 12, as well as other persons with limited legal capacity or incapacitated

Респонденты с высоким уровнем потенциальной приверженности лекарственной терапии

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

Респонденты со средним уровнем потенциальной приверженности лекарственной терапии

Речевой модуль. При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Если у Вашего подопечного будут выявлены заболевания, ему может потребоваться приём и тех и других лекарств. В таком случае обязательно уточняйте у врача, приём каких препаратов Вашему подопечному категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно давать лекарства Вашему подопечному, или у Вас не всегда есть такая

Respondents with a high level of potential adherence to drug therapy

The speech module. With the overwhelming number of diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). If your ward is diagnosed with diseases, he may need to take both medications. If your ward has several diseases be sure to inform every doctor you contact about this, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with an average level of potential adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). If your ward is diagnosed with a disease or diseases, he/she may need to take both medications. Be sure to ask your doctor which medications absolutely cannot be interrupted. If you forget to give medications to your ward regularly, or you do not always have such an opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications to take them once or twice a day. If your ward has several diseases be sure to inform every doctor you contact about this, since similar drugs

возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их один или два раза в день. Если у Вашего подопечного будет выявлено несколько заболеваний, для лечения которых необходим прием лекарств, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приеме могут ухудшить самочувствие.

Респонденты с низким уровнем потенциальной приверженности лекарственной терапии

Речевой модуль. При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Если у Вашего подопечного будут выявлены заболевания, ему может потребоваться приём и тех и других лекарств. В таком случае обязательно уточняйте у врача, какие лекарства Вашему подопечному жизненно необходимы и приём каких препаратов категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно давать лекарства Вашему подопечному, или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их только один раз в день. Если у Вашего подопечного будет выявлено несколько заболеваний, для лечения которых необходим прием лекарств, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приеме могут ухудшить самочувствие.

Респонденты с высоким уровнем потенциальной приверженности медицинскому сопровождению

Речевой модуль. При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью

are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with a low level of potential adherence to drug therapy

The speech module. In many diseases, constant medication is necessary. All medications can be divided into preventive ones that prevent the disease from getting worse or prevent its complications (for example, aspirin or anticoagulants prevent blood clots from forming), and therapeutic ones that fight the disease itself (for example, taking beta-blockers for coronary heart disease reduces the heart's need for oxygen, and insulin helps to digest sugar in diabetes). If your ward is diagnosed with diseases, he may need to take both medications. In this case, be sure to ask your doctor which medications are vital for your ward and which medications should absolutely not be interrupted. If you forget to regularly give medications to your ward, or you do not always have such an opportunity, be sure to warn your doctor about this and ask him to choose medications to take them only once a day. If your ward is found to have several diseases be sure to inform every doctor you contact about this, since similar drugs are sometimes used for different diseases. If these drugs are taken simultaneously, they can worsen your well-being.

Respondents with a high level of potential adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. If this becomes necessary, be sure to ask your doctor

домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Если в этом возникнет необходимость, обязательно уточняйте у врача, какие лабораторные анализы с какой частотой нужно делать Вашему подопечному, на какие показатели обращать внимание и при каком их изменении нужно обращаться за медицинской помощью. Согласуйте с врачом примерные сроки необходимого инструментального обследования Вашего подопечного и плановых визитов на прием. При визитах к врачу обязательно берите с собой результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Респонденты со средним уровнем потенциальной приверженности медицинскому сопровождению

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

Респонденты с низким уровнем потенциальной приверженности медицинскому сопровождению

Речевой модуль. При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно.

what laboratory tests with what frequency your ward needs to be done, what indicators to pay attention to when to seek medical assistance. Coordinate with your doctor the approximate timing of the necessary instrumental examination of your ward and scheduled appointments. When visiting a doctor, be sure to take with you the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with an average level of potential adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. If this becomes necessary, be sure to check with your doctor what laboratory and instrumental studies and with what frequency your ward needs to be done and when they change, you should definitely seek medical help. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar study, and others) Your ward can be performed independently – this will reduce the number of visits to the polyclinic. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with a low level of potential adherence to medical support

The speech module. In chronic diseases, regular medical supervision and self-monitoring are necessary. Medical supervision includes a doctor's examination, laboratory control and instrumental examination. At the same time, some studies (for example, such as monitoring the level of INR against the background of taking warfarin or sugar levels using home tests) can be performed independently. If this becomes necessary, be sure to ask your doctor what laboratory and instrumental studies and with

Если в этом возникнет необходимость, обязательно уточняйте у врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью наиболее необходимо выполнять Вашему подопечному для контроля состояния здоровья и при каком изменении показателей следует обязательно обратиться к врачу. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) Вашему подопечному можно выполнять самостоятельно – это избавит Вас от большинства обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Респонденты с высоким уровнем потенциальной приверженности модификации образа жизни

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

Респонденты со средним уровнем потенциальной приверженности модификации образа жизни

Речевой модуль. При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вашему подопечному будет необходимо наблюдаться у врача, попросите его дать конкретные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки будут полезны Вашему подопечному, а какие вредны. Если

what frequency it is most necessary for your ward to monitor the state of health and at what change in indicators it is necessary to consult a doctor. Specify which studies (for example, blood pressure measurement, blood sugar study, and others) your ward can be performed independently. When visiting a doctor, be sure to take with you all the results of laboratory and instrumental studies, including those performed on the recommendations of other specialists.

Respondents with a high level of potential adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the lifestyle. If your ward needs to be monitored by a doctor, ask him to give detailed recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities are useful to your ward, and which are harmful. If special physical exercises or other activities are recommended to your ward, ask the doctor to tell you about them, try to write them down and monitor their performance in the future. If your ward needs to change his/her usual diet, find out in detail which foods and drinks should prevail in the diet, and which ones should be abandoned. If your ward has increased weight, you can normalize it or significantly reduce it. You are able to help your ward significantly limit or completely abandon harmful habits.

Respondents with an average level of potential adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual lifestyle. If your ward needs to be monitored by a doctor, ask him to give specific recommendations on the organization of the daily routine. Find out which physical activities will be useful to your ward, and which are harmful. If special physical exercises or other activities are recommended to your ward, highlight the most important thing to focus on

Вашему подопечному будут рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – выделите самое главное, чтобы сосредоточиться на этом и в последующем контролировать выполнение. Если Вашему подопечному потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить. Если у Вашего подопечного повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли его снизить, и выясните у него, какие способы будут наиболее эффективны. При наличии у Вашего подопечного вредных привычек, обсудите с врачом, какие из них для него наиболее опасны, и постарайтесь контролировать ее ограничение.

Респонденты с низким уровнем потенциальной приверженности модификации образа жизни

Речевой модуль. При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вашему подопечному будет необходимо наблюдаться у врача, попросите его рассказать, что в первую очередь необходимо сделать для того, чтобы заболевание Вашего подопечного не прогрессировало. Выделите самое важное в организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки будут наиболее вредны и опасны для Вашего подопечного, и постарайтесь их исключить. Если Вашему подопечному потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков ему нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить. Если у Вашего подопечного повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться его снизить, и выясните, какие способы при этом будут наиболее эффективны. При наличии у Вашего подопечного вредных привычек, обсудите с лечащим врачом, какие из них для него наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь контролировать ее ограничение.

and monitor the implementation. If your ward needs to change his usual diet, specify which foods and drinks he/she must definitely give up or limit significantly. If your ward has an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to reduce it, and find out which methods will be most effective. If your ward has harmful habits, discuss with your doctor which of them are the most dangerous for him/her, and try to control their restriction.

Respondents with a low level of potential adherence to lifestyle modification

The speech module. With the development of chronic diseases, it is often necessary to change the usual lifestyle. If your ward needs to be monitored by a doctor, ask the doctor to tell you what needs to be done to stop progressing the disease of your ward. Highlight the most important thing in the organization of the daily routine. Find out which physical activities are the most harmful and dangerous for your ward, and try to exclude them. If your ward needs to change his usual diet, specify which foods and drinks he/she needs to give up or limit significantly. If your ward has an increased weight, consult with your doctor whether it is possible to try to reduce it, and find out which methods are most effective. If your ward has bad habits, discuss with your doctor which of them are the most dangerous for him, highlight the most important problem and try to control its limitation.

Приложение 1. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ДОКУМЕНТА

Appendix 1. METHODOLOGY OF DOCUMENT DEVELOPMENT

Целевая аудитория: поставщики медицинских услуг (медицинские работники; организаторы здравоохранения); исследователи (медицинские исследователи), обучающиеся вузов; преподаватели вузов; научно-педагогические работники; научные работники.

Все сведения в настоящем руководстве ранжированы по уровням убедительности рекомендаций и достоверности доказательств в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Target audience: medical service providers (medical workers; health care organizers); researchers (medical researchers), university students; university teachers; scientific and pedagogical workers; science workers.

All information in this guide is ranked by the levels of credibility of recommendations and reliability of evidence, depending on the quantity and quality of research on this issue.

Уровни достоверности доказательств (УДД) для диагностических вмешательств / Levels of Evidence (UDD) for diagnostic interventions

Иерархия дизайнов клинических исследований (по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5):

1. Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом.
2. Отдельные исследования с контролем референсным методом.
3. Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода.
4. Несравнительные исследования, описание клинического случая.
5. Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов.

Hierarchy of clinical trial designs (in descending order of the level of reliability of evidence from 1 to 5):

1. Systematic reviews of studies with reference method control.
2. Separate studies with reference method control.
3. Studies without sequential control by the reference method or studies with a reference method that is not independent of the method under study.
4. Comparative studies, description of the clinical case.
5. Mechanism of action justification or the experts' opinion.

Уровни убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств / Recommendation classes for diagnostic interventions

Иерархия (по убыванию уровня убедительности от А до С):

А. Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными).

В. Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

Hierarchy (descending level of persuasiveness from I to III):

I. Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.

II. Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.

IIA. Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.

IIB. Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.

С. Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

III. Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.

Возможные комбинации УДД и УУР для диагностических вмешательств / *Levels of evidence for diagnostic interventions*

УДД 1. Наиболее достоверные доказательства – систематические обзоры исследований с контролем референсным методом. Итоговый УУР:

Level of Evidence A:
Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.

«А». одновременное выполнение двух условий:

1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;

2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными <*>.

«В». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;

2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

«С». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;

2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

<*> Здесь и далее: если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается

УДД 2. Отдельные исследования с контролем референсным методом. Итоговый УУР:

Level of Evidence B:
Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.

«А». одновременное выполнение двух условий:

1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;

2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными.

«В». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;

2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

«С». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;

2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

УДД 3. Исследования без последовательного контроля референсным методом, или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода. Итоговый УУР:

«В». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

«С». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

УДД 4. Несравнительные исследования, описание клинического случая. Итоговый УУР:
«С».

УДД 5. Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов. Итоговый УУР:
«С».

Level of Evidence C:

Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries.

Уровни достоверности доказательств (УДД) для лечебных и профилактических вмешательств / Levels of evidence (UDD) for therapeutic and preventive interventions

Иерархия дизайнов клинических исследований (по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5):

1. Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа.
2. Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа.
3. Нерандомизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования.
4. Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль».
5. Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Hierarchy of clinical trial designs (in descending order of the level of reliability of evidence from 1 to 5):

1. *Systematic review of RCTs using meta-analysis.*
2. *Separate RCTs and systematic reviews of studies of any design (other than RCTs) using meta-analysis.*
3. *Non-randomized comparative studies, including cohort studies.*
4. *Incomparable studies, description of a clinical case or a series of cases, case-control studies.*
5. *There is only a justification of the mechanism of action of the intervention (preclinical studies) or the opinion of experts.*

Уровни убедительности рекомендаций (УУР) для лечебных и профилактических вмешательств / Recommendation classes for therapeutic and preventive interventions

Иерархия (по убыванию уровня убедительности от А до С):

- А. Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными).

Hierarchy (descending level of persuasiveness from I to III):

1. *Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.*

В. Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

С. Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

II. Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.

IIA. Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.

IIB. Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.

III. Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.

Возможные комбинации УДД и УУР для лечебных и профилактических вмешательств / Levels of evidence UR for therapeutic and preventive interventions

УДД 1. Наиболее достоверные доказательства – систематические обзоры РКИ с применением мета-анализа. Итоговый УУР:

«А». одновременное выполнение двух условий:

1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными.

«В». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

«С». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

УДД 2. Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа. Итоговый УУР:

«А». одновременное выполнение двух условий:

1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными.

«В». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

«С». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

Level of Evidence A:

Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.

Level of Evidence B:

Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.

УДД 3. Нерандомизированные сравнительные исследования в т.ч. когортные исследования. Итоговый УУР:

«А». одновременное выполнение двух условий:

1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными.

«В». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

«С». Выполнение хотя бы одного из условий:

1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;
2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными.

УДД 4. Несравнительные исследования, описание клинического случая. Итоговый УУР:

«С».

УДД 5. Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия (доклинические исследования) или мнение экспертов. Итоговый УУР: «С».

Level of Evidence C:

Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries..

Приложение 2. СВЯЗАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Appendix 2. RELATED DOCUMENTS

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями)

Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 «Basics of Public Health Protection in the Russian Federation» (with Amendments and additions)

ГОСТ Р 56034-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения. ОКС 11.160. ОКП 94 4000. Дата введения 01.06.2015 г.

State Standard R 56034-2014. National Standard of the Russian Federation. Clinical recommendations (treatment protocols). General provisions. Date of introduction 01.06.2015

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 г. № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации»

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 101n dated 28.02.2019 «Approval of criteria for the formation of a list of diseases (groups of diseases, conditions) for which clinical recommendations are being developed»

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации»

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 103n dated 28.02.2019 «Approval of the procedure and deadlines for the development of clinical recommendations, their revision, the standard form of clinical recommendations and requirements for their structure, composition and scientific validity, information included in clinical recommendations»

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 – 9 и 11 статьи 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”»

Decree of the Government of the Russian Federation dated November 17, 2021 No. 1968 “On Approval of the Rules for the Gradual Transition of Medical Organizations to Medical Care Based on Clinical Recommendations Developed and Approved in accordance with Parts 3, 4, 6–9 and 11 of Article 37 of the Federal Law “Basics of Public Health Protection in the Russian Federation”

Приложение 3. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ОПРОСНИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Appendix 3. CLINICAL RECOMMENDATIONS, INCLUDING QUESTIONNAIRES FOR QUANTIFYING TREATMENT ADHERENCE

1. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению КОП-25 (Министерство здравоохранения Российской Федерации; Рубрикатор клинических рекомендаций: Справочники / Клинические шкалы, индексы, опросники) <https://cr.minzdrav.gov.ru/scale/6495e25a-110c-4814-8d5f-0d426ff93e20>.

2. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у детей» Год утверждения: 2020 (Министерство здравоохранения российской Федерации, Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции) <http://rushiv.ru/wp-content/uploads/2020/02/Klin-Rek-VICH-u-detej-RKIB.pdf>.

3. Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство». Год утверждения: 2021 (Министерство здравоохранения российской Федерации, Российское общество психиатров) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457_2.

4. Клинические рекомендации «Паническое расстройство». Год утверждения: 2021 (Министерство здравоохранения российской Федерации, Российское общество психиатров) <https://doctorsan.ru/media/pdf/rekomendacii/panicheskoe-rasstrojstvo-u-vzroslykh.pdf>.

5. Клинические рекомендации «Тревожно-фобические расстройства». Год утверждения: 2021 (Министерство здравоохранения российской Федерации, Российское общество психиатров) <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-trevozhno-fobicheskie-rasstrojstva-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/>

1. Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence QAA-25 (Ministry of Health of the Russian Federation; Rubricator of clinical recommendations: Reference books / Clinical scales, indexes, questionnaires) <https://cr.minzdrav.gov.ru/scale/6495e25a-110c-4814-8d5f-0d426ff93e20>.

2. Clinical recommendations “HIV infection in children” Year of approval: 2020 (Ministry of Health of the Russian Federation, National Association of Specialists in Prevention, Diagnosis and Treatment of HIV Infection) <http://rushiv.ru/wp-content/uploads/2020/02/Klin-Rek-VICH-u-detej-RKIB.pdf>.

3. Clinical recommendations “Generalized anxiety disorder”. Year of approval: 2021 (Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Society of Psychiatrists) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457_2.

4. Clinical recommendations “Panic disorder”. Year of approval: 2021 (Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Society of Psychiatrists) <https://doctorsan.ru/media/pdf/rekomendacii/panicheskoe-rasstrojstvo-u-vzroslykh.pdf>.

5. Clinical recommendations “Anxiety-phobic disorders”. Year of approval: 2021 (Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Society of Psychiatrists) <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-trevozhno-fobicheskie-rasstrojstva-u-vzroslykh-utv-minzdravom-rossii/>

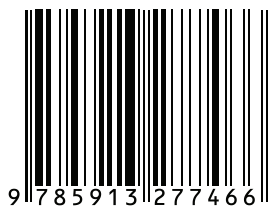
Николаев Николай Анатольевич
Мартынов Анатолий Иванович
Скирденко Юлия Петровна
Авдеев Сергей Николаевич
Агафонова Юлия Андреевна
Агеев Фаиль Таипович
Андреев Кирилл Андреевич
Анисимов Владимир Николаевич
Арутюнов Григорий Павлович
Ахмедов Вадим Адильевич
Ашрафян Лев Андреевич
Бабичева Лали Галимовна
Бабунашвили Автандил Михайлович
Балыкова Лариса Александровна
Барбараш Ольга Леонидовна
Васильева Ирина Анатольевна
Викторова Инна Анатольевна
Виноградов Олег Иванович
Волчегорский Илья Анатольевич
Галявич Альберт Сарварович
Гаус Ольга Владимировна
Гинцбург Александр Леонидович
Гомберг Владимир Григорьевич
Горбенко Александр Васильевич
Горелов Александр Васильевич
Горшков Александр Юрьевич
Драпкина Оксана Михайловна
Ершов Антон Валерьевич
Ефремова Елена Владимировна
Задюнченко Владимир Семёнович
Зайцев Андрей Алексеевич
Захарова Татьяна Дмитриевна
Зырянов Сергей Кенсариневич
Иоселиани Давид Григорьевич
Каневская Светлана Сергеевна
Карпов Ростислав Сергеевич
Кашталап Василий Васильевич
Кобалава Жанна Давидовна
Колбасников Сергей Васильевич
Кондратьева Кристина Орхановна
Конради Александра Олеговна
Кореннова Ольга Юрьевна
Корпачева Ольга Валентиновна
Лазебник Леонид Борисович
Лебедев Олег Иванович
Ливзан Мария Анатольевна
Лутова Наталия Борисовна
Мазуров Вадим Иванович
Малявин Андрей Георгиевич
Мареев Вячеслав Юрьевич
Мартов Алексей Георгиевич
Марьяндышев Андрей Олегович

Михайлова Наталия Борисовна
Моисеев Сергей Валентинович
Морозова Ольга Леонидовна
Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна
Напалков Дмитрий Александрович
Недошвин Александр Олегович
Незнанов Николай Григорьевич
Нечаева Галина Ивановна
Никифоров Виктор Сергеевич
Омельяновский Виталий Владимирович
Орджоникидзе Мария Константиновна
Павлинова Елена Борисовна
Пашков Александр Владимирович
Петров Владимир Иванович
Пискалов Андрей Валерьевич
Поддубная Ирина Владимировна
Полушин Юрий Сергеевич
Попов Сергей Валентинович
Ребров Андрей Петрович
Ройтберг Григорий Ефимович
Ройтман Евгений Витальевич
Румянцев Сергей Александрович
Рычкова Любовь Владимировна
Савельева Ирина Вячеславовна
Сайфутдинов Рустам Ильхамович
Селимзянова Лилия Робертовна
Семиглазова Татьяна Юрьевна
Скворцова Вероника Игоревна
Советкина Наталья Валентиновна
Сорокин Михаил Юрьевич
Софронов Александр Генрихович
Стремоухов Анатолий Анатольевич
Сурков Андрей Николаевич
Танашян Маринэ Мовсесовна
Тахчиди Христо Периклович
Терентьев Владимир Петрович
Ткачёва Ольга Николаевна
Токарская Елизавета Александровна
Тотчиев Георгий Феликсович
Тулупов Роман Витальевич
Тумян Гаяне Сепуговна
Тюрин Владимир Петрович
Усов Григорий Михайлович
Устинова Наталия Вячеславовна
Фадеев Валентин Викторович
Федорин Максим Михайлович
Федяева Влада Константиновна
Фофанова Татьяна Вениаминовна
Хубутия Могели Шалвович
Шепель Руслан Николаевич
Ягода Александр Валентинович
Якушин Сергей Степанович

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

РОССИЙСКОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

Сетевое научное издание



© Коллектив авторов., 2022
© ИД «Академия Естествознания»
© АНО «Академия Естествознания»
ISBN 978-5-91327-746-6

