

Резолюция Совета Экспертов по приверженности лечению

Комплексные меры по повышению приверженности пациентов терапии при хронических заболеваниях. Практические инструменты для врача.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СОВЕТ

2026

ИНТЕРАКТИВНЫЙ СПРАВОЧНИК

РАЗДЕЛ I

Резюме

Междисциплинарный Совет Экспертов рассмотрел проблему приверженности лечению и предложил комплекс мер по её повышению с целью снижения частоты неблагоприятных исходов при социально значимых заболеваниях, увеличения продолжительности и качества жизни, оптимизации расходов на здравоохранение.

Ключевой вывод: Качественная коммуникация врача с пациентом является основным, незаменимым технологическим инструментом повышения приверженности. На её развитие должны быть направлены главные усилия системы.

РАЗДЕЛ II · ПРОБЛЕМА

Определение приверженности лечению

ВОЗ определяет приверженность долгосрочному лечению как степень, в которой пациент следует врачебным рекомендациям относительно времени, дозы и частоты приема лекарственного препарата. Приверженность — системная проблема здравоохранения, влияющая на исходы терапии, качество жизни и расходы.

Масштаб проблемы: эпидемиология и экономика

~40% населения развитых стран страдает ХНИЗ	200K преждевременных смертей в год в Европе

125K

дополнительных
госпитализаций в год

~20%

снижение риска СН
при приверженности

Несоблюдение режима приёма лекарств приводит к снижению клинической пользы, предотвратимой заболеваемости и смертности. Риск сердечно-сосудистых осложнений увеличивается уже в первые месяцы после отмены гиполипидемической терапии.

Вывод: Повышение приверженности терапии является задачей государственной важности. Необходима разработка и внедрение комплексных мер.

Причины низкой приверженности

На приверженность влияют социально-экономические факторы, факторы системы здравоохранения, характеристики заболевания и терапии, а также личностные факторы пациента.

01	02	03
Недостаточная информированность Медицинские работники недооценивают частоту низкой приверженности и редко используют методики её измерения. Немногие страны ОЭСР проводят систематическую оценку на национальном уровне. Решение: Фармакоэкономические исследования, демонстрирующие целесообразность вмешательств и стоимость невыполнения протоколов.	Неправильные цели и слабые стимулы Проблема возлагается на пациента, тогда как основные факторы — качество системы здравоохранения, взаимодействие врач-пациент, неудобные процедуры повторной выписки.	Недостаточная вовлечённость пациента Пациенты с хроническими заболеваниями не участвуют в решении о курсе лечения и склонны отвергать терапию.

Роль родственников

Поддержка семьи имеет решающее значение для соблюдения режима лечения. Родственники участвуют в обсуждении плана лечения, помогают в изменении образа жизни, обеспечивают

эмоциональную поддержку.

Привлечение родственников к процессу лечения требует согласия пациента на передачу медицинской информации.

Приверженность как поведенческий паттерн

Приверженность с точки зрения психологии — устойчивый поведенческий паттерн. С позиций антропологии — часть мировоззрения. Коррекция представляет весьма трудную задачу.

В основе лежат: внутренняя картина болезни (Р.А. Лурия), культурные и религиозные нормы, экзистенциальное восприятие болезни.

Важно: Намеренная неприверженность — не просто неразумное поведение, а форма самоопределения личности в ситуации болезни. Это необходимо учитывать при выборе стратегии коммуникации.

РАЗДЕЛ III · РЕКОМЕНДАЦИИ

Организационные меры

На амбулаторный приём у терапевта — 12–15 минут, у кардиолога — 24 минуты. Критически мало для эффективной коммуникации.

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЁМА

- Системы электронного ведения документации и СППВР
- **Кабинет доврачебного осмотра** — убирает рутинные действия с терапевта
- Обучение техникам коммуникации, активного слушания и эмпатии
- Вовлечение пациента в процесс принятия решений
- Привлечение среднего медперсонала к работе с приверженностью

Статус врача. Юридическая защита

Знания перестали быть уникальным ресурсом. Что отличает востребованного врача:

I	▲	II	▲	III	▲	IV	▲
Способность сомневаться		Уважение к коллегам		Эмпатия		Lifelong Learning	

Постоянно пересматривать диагноз, совещаться с коллегами. Внутренний настрой на самосовершенствование без демонстрации неуверенности пациенту.	Не обсуждать чужие заключения. Это дискредитирует и врачебное сообщество, и самого критикующего.	Учитывать социальные и личностные аспекты. Эмпатичный врач ведёт себя одинаково и в кабинете, и с коллегами.	Учиться всю жизнь, делиться опытом, быть открытым к новым методам, критике и самокритике.
--	--	--	---

Юридическая защита: чёткая регламентация прав и обязанностей, страхование профессиональной ответственности, документальное подтверждение действий.

Государственная политика

Регулирование информационной среды	▲
Одна негативная публикация о препарате может привести к массовому прекращению приёма. Необходимо государственное регулирование медицинского контента в СМИ и социальных сетях.	
Социальная реклама и просвещение	▲
Формирование ответственного отношения к здоровью, пропаганда дисциплины в выполнении назначений. Повышение авторитета профессии врача.	
Нормативно-правовые изменения	▲
Предусмотреть в клинических рекомендациях разделы по приверженности. Информировать главных внештатных специалистов МЗ РФ.	

Образование и подготовка кадров

ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ

- Внедрение приверженности во все профильные программы
- Короткие циклы для участковых терапевтов, ординаторов
- Навыки коммуникации, мотивационного интервью
- Практическая подготовка с симулированными пациентами
- 85% студентов считают коммуникацию отдельной дисциплиной

НАСТАВНИЧЕСТВО

Закон об обязательном наставничестве принят в 2026 году. Построение устойчивой системы — через создание специализированных институтов по модели «ученик выбирается наставником».

Метод «опыт приёма таблеток» позволяет студентам почувствовать себя на месте пациента.

ИНСТРУМЕНТЫ · ТРАНЗАКТНЫЙ АНАЛИЗ

Диагностика позиции пациента

Рассматривайте позицию пациента через призму транзактного анализа (Э. Берн). Цель — перевести в позицию «Взрослый».

РОДИТЕЛЬ	РЕБЁНОК	ВЗРОСЛЫЙ
Сверхответственный контролёр Характеристика: Действует по принципу «надо», «должен». Бывает критикующим или опекающим. Речевые маркеры: «Так делать нельзя», «Все врачи говорят...», «Я требую внимательного отношения к себе». Поведение: Указующие жесты, скрещенные руки, снисходительная интонация. Тактика: Не спорить, перейти на факты: «Что конкретно вас беспокоит?»	Эмоциональный и зависимый Характеристика: Бывает естественным (спонтанность) или адаптивным (послушный / бунтующий). Перенос ответственности на врача. Речевые маркеры: «Мне страшно», «Я не знаю, что делать», «У меня не получится». Поведение: Пожатие плечами, слёзы, взгляд «снизу вверх». Тактика: Поддержать эмоционально, затем перевести к анализу: «Давайте вместе разберёмся».	Рациональный партнёр (цель) Характеристика: Оценивает факты, принимает решения, сотрудничает. Речевые маркеры: «Я понимаю, что мне нужно...», «Какой вариант эффективнее?» Поведение: Спокойная поза, открытые жесты, прямой контакт глаз. Тактика: Целевое состояние. Поддерживать диалог на равных, предоставлять факты и варианты.

Типы мотивации

МОТИВАЦИЯ «К»
Стремление к цели, результату Маркеры: «Хочу быть здоровым», «Стремлюсь к активной жизни». Позитивные глаголы.

Тактика: Рисуйте позитивные образы. «Это даст вам возможность...», «Вы сможете...»

МОТИВАЦИЯ «ОТ»

Избегание проблем, боли

Маркеры: «Хочу избавиться от боли», «Боюсь осложнений». Частица «не».

Тактика: Подчёркивайте риски бездействия. «Это позволит предотвратить...», «Мы сможем избежать...»

Модель RESPECT

Инструмент построения доверительных отношений. Нажмите на компонент.

R RAPPORT	E EMPATHY	S SUPPORT	P PARTNERSHIP	E EXPLANATIONS	C CULTURAL	T TRUST
---------------------	---------------------	---------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------

Модель 5-шагового интервью

1 КОНТАКТ Установление доверительного контакта
2 ПРИЧИНА Выяснение причины и цели визита
3 АНАМНЕЗ История заболевания, коморбидность
4 ОЦЕНКА Субъективная оценка терапии
5 ПЛАН Обобщение, согласование плана

Коммуникативные инструменты: активное слушание («Я вас слушаю, рассказывайте!»), резюмирование («Давайте суммируем»), предоставление инициативы («Какие у вас вопросы?»).

Сердечно-сосудистые заболевания

Бессимптомное течение и отдалённые последствия (инфаркт, инсульт, смерть) снижают мотивацию к лечению.

ФАКТОР	ОПИСАНИЕ	РЕШЕНИЕ
Информированность	Незнание последствий и важности терапии	Структурированное информирование
Сложность схемы	Полипрагазия, кратность приёма	Фиксированные комбинации
Побочные эффекты	Ухудшение самочувствия, новые жалобы	Обсуждение НЯ, коррекция
Стоимость	Высокая цена при длительном приёме	Дженерики, льготы
Соцфакторы	Низкая грамотность, социальный статус	Адаптация коммуникации

Особенности ведения пациентов с ожирением

Ожирение в настоящее время признано хроническим мультифакторным заболеванием с рецидивирующим течением, ассоциированным с высоким риском кардиометаболических и других хронических неинфекционных заболеваний. Тем не менее данные исследований демонстрируют выраженный разрыв между восприятием этого диагноза пациентом и врачом, что оказывает существенное влияние на результаты лечения.

Ключевая проблема: врач чаще рассматривает ожирение как хроническое заболевание, требующее долгосрочного управления, тогда как пациент нередко воспринимает его как следствие образа жизни и личного выбора. Это усиливает чувство вины, внутреннюю стигматизацию и снижает приверженность терапии.

РАЗЛИЧИЯ В ВОСПРИЯТИИ ОЖИРЕНИЯ

ПОЗИЦИЯ	ВРАЧ	ПАЦИЕНТ
---------	------	---------

Статус ожирения	Хроническое заболевание, диагностируемое по объективным критериям, прежде всего по индексу массы тела	Следствие образа жизни, пищевого поведения и индивидуального выбора
Причины	Сложное взаимодействие генетической предрасположенности, метаболических нарушений, факторов среды и социального контекста	Недостаток силы воли, самоконтроля и личной ответственности
Оценка здоровья	Избыточная жировая масса сама по себе является фактором риска даже при отсутствии явных сопутствующих заболеваний	Отсутствие коморбидности часто воспринимается как признак «здоровья»
Причины неудач лечения	Недостаточная готовность, вовлечённость, структурные ограничения, дефицит понимания природы заболевания	Прежде всего «отсутствие силы воли», эмоциональные трудности и нехватка времени

Дополнительным аспектом проблемы является значительное запаздывание обращения за медицинской помощью. Между появлением первых проблем с массой тела и первым обсуждением ожирения со специалистом нередко проходит несколько лет. Это отражает как недостаточную готовность пациентов обращаться за помощью, так и ограниченную инициативу со стороны системы здравоохранения, из-за чего упускается окно раннего вмешательства.

При этом существует и зона совпадения взглядов врачей и пациентов: обе группы отмечают дефицит мотивации и времени как важнейшие препятствия эффективному контролю массы тела. Однако пациенты чаще подчеркивают роль эмоциональных факторов, тогда как врачи акцентируют внимание на недостаточном понимании ожирения как хронического заболевания. Это указывает на необходимость более системного образовательного и коммуникативного подхода.

ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

- Развитие диетической депрессии
- Феномен «весового плато»
- Эффект йо-йо
- Отсутствие индивидуализации терапии
- Игнорирование расстройств пищевого поведения
- Недоучёт коморбидных психических состояний
- Использование монотерапии, не учитывающей многоуровневую природу заболевания

Смена парадигмы: концептуально важен переход от «борьбы» с ожирением к модели его долгосрочного управления как хроническим состоянием.

СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ПОДХОД 5AS

1. Assess — Оценить	▲
Оцените клинический статус пациента, факторы риска, историю изменения массы тела, пищевое поведение, уровень физической активности, наличие психоэмоциональных и социальных барьеров.	

Важно понимать не только индекс массы тела, но и контекст заболевания.	
2. Advise — Консультировать	▲
Фармакотерапию, включая агонисты рецепторов ГПП-1, следует обсуждать не изолированно, а в контексте модификации питания и образа жизни. Питание и физическая активность должны рассматриваться как основы метаболического здоровья, а не только как инструмент снижения массы тела.	
3. Agree — Согласовать	▲
Совместно с пациентом определяйте достижимые цели, формируйте реалистичные ожидания и используйте SMART-подход при постановке задач по питанию и физической активности. Учёт культурных и социальных факторов повышает вероятность долгосрочного успеха.	
4. Assist — Помочь	▲
Устраняйте социальные, эмоциональные и поведенческие барьеры, мешающие лечению. Важна работа не только с рационом и двигательным режимом, но и с внутренней стигматизацией, чувством вины, нарушениями пищевого поведения и коморбидными психическими состояниями.	
5. Arrange — Организовать наблюдение	▲
Привлекайте междисциплинарную команду специалистов: диетологов, поведенческих терапевтов, социальных работников и координаторов лечения. Ожирение следует вести как управляемое хроническое состояние, требующее непрерывного сопровождения, а не эпизодического вмешательства.	

Таким образом, расхождения в восприятии ожирения между врачами и пациентами являются одним из ключевых факторов, ограничивающих эффективность терапии. Сближение этих позиций, формирование общего понимания природы заболевания и реализация персонализированного, структурированного и долгосрочного подхода являются основой успешного лечения ожирения в современной клинической практике.

Гормонотерапия в акушерстве и гинекологии

Наиболее мотивированы пациентки с бесплодием / после ВРТ. Низкая приверженность связана с гормонофобией.

ПРИЧИНЫ ГОРМОНОФОБИИ

- Страх прибавки массы тела
- Страх онкологических заболеваний
- Опасения за фертильность
- Влияние интернет-форумов и блогеров

Менопаузальная гормональная терапия

95% женщин с психоэмоциональными симптомами	82% женщин с вазомоторными симптомами
--	--

Ось приверженности МГТ

Ось	Риски	Задача врача	Инструмент
Начало	Страхи, предубеждения	Выявить симптомы, согласовать цель	Вопросы об ожиданиях, разбор страхов
Режим	Неудобство схемы, НЯ	Упростить, обсудить НЯ	Визит через 1–2 мес, инструкции
Длительность	Усталость от лечения	Удерживать фокус	План визитов + обсуждение выгод

Барьеры и фразы-ключи

СТРАХ «ГОРМОНОВ» Отложить старт, самоотмена <i>«Вас что-то беспокоит в слове гормоны?»</i> Действие: Выявить страх, объяснить пользу/риски, нормализовать тревогу	СТИГМА / СТЫД Минимизация жалоб <i>«Я вас слушаю, рассказывайте»</i> Действие: Поддерживающая позиция без оценки
НЕДОВЕРИЕ <i>«Я читала в интернете»</i> <i>«Давайте взвесим плюсы и минусы»</i> Действие: Перевод в аналитический диалог	БЕСПОМОЩНОСТЬ <i>«Всё равно не получится»</i> <i>«Моя роль — консультативная...»</i> Действие: Распределение ответственности

Управление ожиданиями: Объясняйте не только побочные эффекты, но и терапевтические. Многие НЯ — преходящие. Контроль: 3, 6, 12 мес, затем ежегодно.

ПРАКТИКА

Проверьте себя

Определите позицию пациента

КВИЗ 1

«Я требую внимательного отношения! Все врачи говорят одно и то же, а толку никакого!»

Родитель

Ребёнок

Взрослый

← Назад

1 / 5

Далее →

Что сказать пациенту?

КВИЗ 2

Пациентка отказывается от МГТ: «Боюсь гормонов, от них толстеют и рак бывает». Что сказать?

«Вы неправы, это мифы из интернета»

«Вас что-то беспокоит в слове гормоны? Давайте обсудим»

«Принимайте, я врач, я лучше знаю»

«Тогда не принимайте, решайте сами»

← Назад

1 / 4

Далее →

РАЗДЕЛ VI

Приложения

Приложение 1. Психологические и антропологические основы приверженности



В основе приверженности лечению лежат личностные факторы. Понятие внутренней картины болезни по Р.А. Лурии представляет собой целостную структуру, неразрывно связанную с личностью, и включает два основных компонента: **сензитивный** (ощущения, боли, переживания, связанные с болезнью, а также симптомы, которые пациент чувствует) и **интеллектуальный** (рациональная оценка, представления, знания о своей болезни, её причинах, прогнозе). Личность — самое прочное образование человеческой психики. С этих позиций представляется обоснованным говорить о приверженности лечению не только как о системе мировоззрения, но и как о важной составляющей структуры личности.

Исследования в области медицинской антропологии показывают, что представления человека о своём здоровье, помимо внутренней картины здоровья/болезни, включают культурные, религиозные нормы и ценности, которые формируют глубинные смысловые структуры, определяющие поведение человека и его отношение к себе и окружающему миру.

Экзистенциально-феноменологический подход рассматривает приверженность как форму «бытия в болезни», где решение следовать или не следовать медицинским рекомендациям является самоопределением личности. Намеренная неприверженность — это осознанный выбор человека. В этой связи уместно вспомнить утверждение Карла Ясперса о том, что бредовые идеи поддаются коррекции легче, чем заблуждения здорового человека.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ

- Перенос акцентов с работы с пациентом на модификацию вмешательства: создание фиксированных комбинаций нескольких лекарственных средств в одной таблетке (т.н. «полипилл»), разработка пролонгированных лекарственных форм
- Формирование у врачей навыков глубокого слушания, понимания субъективного опыта болезни, работы с культурными и религиозными особенностями пациентов

Приложение 2. Наставничество и методология обучения коммуникации



Последипломное образование должно сопровождаться на практике грамотным наставничеством, поэтому важно формировать среду взаимодействия «врач-пациент» не только на этапе обучения, но и обучать тех, кто обучает — наставников.

Закон об обязательном наставничестве принят 17 ноября 2026 года, а Минздрав России готовит соответствующее положение. Предстоит пересмотреть подготовку наставников: врач должен формироваться не только как квалифицированный специалист с развитым набором soft skills, но и как будущий наставник.

С 1 марта 2026 года Указом Президента РФ был введён День наставника; параллельно в Трудовой кодекс внесли поправки, закрепившие наставничество на государственном уровне и обязавшие оплачивать работу наставников. Для подготовки наставников реализуется федеральный проект «Медицинские кадры».

Современное медицинское образование демонстрирует тренд на самообучение и индивидуальный поиск наставника. Однако системные барьеры — разрыв между преподаванием и клинической практикой, отсутствие мотивации у опытных врачей, неэффективная кадровая политика — препятствуют формированию устойчивой модели. В частной медицине отсутствует формализованная система наставничества.

В России наставничество пока не институционализировано и зависит от личной инициативы. Построение устойчивой системы возможно через создание специализированных институтов, где обучение будет происходить по модели «ученик выбирается наставником», а не наоборот.

МЕТОДОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ КОММУНИКАЦИИ

Диалог как метод обучения. Беседа — не просто обмен репликами, а педагогический инструмент, позволяющий через вопросы и ответы формировать понимание. В медицинском обучении диалог — оптимальный способ освоения навыков коммуникации, особенно в вопросах приверженности.

Коммуникационные барьеры. Эффективная коммуникация не складывается спонтанно. Пациенты часто не задают важные вопросы, а врачи не всегда дают понятные и доступные ответы. Неэффективное общение может привести к потере доверия и снижению приверженности. Чем точнее и яснее вербализация, тем выше уровень комплаенса.

Практика — анализ клинических ситуаций. В качестве примера может быть представлен рассказ Михаила Булгакова, где пациент, несмотря на образование, принимает недельную дозу хинина за один раз. Это иллюстрирует, что знание не всегда означает понимание. Анализ подобных ситуаций помогает выявить причины несоблюдения терапии.

Метод «опыт приёма таблеток» позволяет студентам почувствовать себя на месте пациента. Взаимодействие с реальными пользователями лекарств, обсуждение трудностей, создание рейтинга проблем — всё это формирует эмпатию и понимание роли врача в поддержке приверженности.

Приложение 3. Экспресс-диагностика позиции пациента и типа мотивации ▲

ТАБЛИЦА 1. ДИАГНОСТИКА ПОЗИЦИИ ПАЦИЕНТА

ЭГО-СОСТОЯНИЕ	ХАРАКТЕРИСТИКИ	ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И РЕЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ
Родитель	Сверхответственный контролёр. Действует по принципу «надо», «должен». Бывает «Критикующим» («Вы должны мне помочь!»)	Речь: Оценки, критика, советы, обобщения («Так делать нельзя», «Все врачи говорят...», «Я требую внимательного отношения к себе»).
Ребёнок	Эмоциональный и зависимый. Бывает «Естественным» (творчество, спонтанность) или «Адаптивным» (послушный или бунтующий). Перенос ответственности на врача.	Речь: Эмоции, желания, страх, беспомощность («Я не знаю, что делать!», «Мне страшно», «Хочу, чтобы стало лучше», «У меня не получится»).
Взрослый	Рациональный партнёр. Оценивает факты, принимает решения, сотрудничает. Цель взаимодействия — перевести пациента в это состояние.	Речь: Вопросы, анализ, факты, ответственность («Я понимаю, что для улучшения мне нужно...», «Какой вариант лечения эффективнее?»).

ТАБЛИЦА 2. ДИАГНОСТИКА ТИПА МОТИВАЦИИ

ТИП МОТИВАЦИИ	ХАРАКТЕРИСТИКИ	РЕЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БЕСЕДЕ
«Мотивация К» (к успеху, цели)	Пациент фокусируется на результате, выгоде, достижениях	«Хочу чувствовать себя энергичным и здоровым», «Стремлюсь к активной жизни», «Это поможет мне достичь моих целей», позитивно окрашенные глаголы действия	Рисуйте позитивные образы будущего. Акцент на преимуществах: «Это даст вам возможность...», «Вы сможете...», «В результате вы получите...». Формулировки, ориентированные на цель.
«Мотивация ОТ» (избегание проблем)	Пациент фокусируется на том, чтобы избежать боли, потерь, неприятностей	«Хочу избавиться от этой боли», «Не хочу пить таблетки постоянно», «Боюсь осложнений». Активно используется частица «не».	Подчёркивайте риски бездействия. Акцент: «Это позволит предотвратить...», «Мы сможем избежать...», «Это снизит риск...». Помогите увидеть лечение как способ ухода от негативных последствий.

Приложение 4. Модели консультирования

МЕТОДИКА ПЯТИШАГОВОГО ИНТЕРВЬЮ

Методика позволяет структурировать консультацию, начиная с установления контакта и заканчивая обобщением данных, полученных от пациента относительно причины и цели визита, истории настоящего заболевания, коморбидности, субъективной оценки предшествующего лечения. Такой подход способствует формированию партнёрских отношений, повышает информированность и вовлечённость пациента в процесс принятия решений. Методика предполагает чёткую структуру визита и, как правило, не требует дополнительного времени — может быть встроена в приём врача-специалиста.

КАЛГАРИ-КЕМБРИДЖСКАЯ МОДЕЛЬ (ККМ)

Считающаяся классической модель медицинской консультации позволяет не только структурировать беседу с пациентом, в том числе в течение отведённых на приём 12 минут, но и гибко реагировать на поведение пациента, отвечать на его вопросы.

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ

Метод, направленный на поддержку внутренней мотивации пациента к изменению поведения. Позволяет преодолеть барьеры, связанные с недоверием, страхами, недостатком информации.

МОДЕЛЬ RESPECT

Семь компонентов построения доверительных отношений:

- **R** — Rapport (контакт)

- **E** — Empathy (эмпатия, сострадание, сопереживание)
- **S** — Support (поддержка)
- **P** — Partnership (партнёрство)
- **E** — Explanations (пояснения)
- **C** — Cultural competence (культурная компетентность)
- **T** — Trust (доверие)

Приложение 5. Особенности повышения приверженности у пациентов с ССЗ

ФАКТОРЫ, ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ССЗ:

- Недостаточная информированность о заболевании, последствиях, способах лечения и важности терапии
- Сложность схемы терапии (полипрагмазия, количество доз в день, кратность приёма, связь приёма лекарств с пищей). Чем сложнее схема, тем менее пациенты привержены
- Побочные действия препаратов и плохая переносимость. Пациенты могут отмечать ухудшение течения заболевания, появление новых жалоб, что вызывает отказ от лечения
- Высокая стоимость назначенных препаратов, особенно при длительном применении
- Социально-экономические факторы — низкий уровень образования, низкая медицинская грамотность

В зависимости от причины должен выбираться и способ улучшения приверженности. Высокая эффективность продемонстрирована в отношении **фиксированных комбинированных препаратов**, однако этот подход ограничен когортой пациентов, которым необходим приём нескольких лекарственных средств.

Напоминания через мобильные устройства и СМС-рассылки способствуют повышению приверженности, но эффективны только если пациент неосознанно пропускает приём (забывает). Поскольку низкая приверженность является поведенческим паттерном и отражает мировоззрение, напоминание срабатывает не всегда.

Методы повышения информированности (регулярные контакты с врачом в очном или дистанционном формате) способствуют увеличению приверженности, но могут быть экономически невыгодны и требуют большого количества времени. **Школы для пациентов** с ССЗ часто оказываются эффективными только для тех, кто исходно склонен к более высокой приверженности.

В любом случае правильно выстроенная коммуникация врача с пациентом, понимание мотивации и потребности помогают настроить пациента на лечение и сформировать долгосрочный план поддержания приверженности, что критически важно для пациентов, нуждающихся в пожизненной терапии.

Приложение 6. Гормонотерапия в акушерстве и гинекологии

Важным моментом формирования приверженности является умение врача общаться с пациенткой, что позволит понять основную причину обращения, выявить сомнения и страхи, мотивировать на успех лечения. Следует подчеркнуть значение мотивационного консультирования как наиболее эффективного способа повышения приверженности.

В гинекологической практике наиболее мотивированы пациентки с бесплодием или после ВРТ. А вот необходимость гормонопрофилактики гиперпластических процессов эндометрия или эндометриоза после хирургических вмешательств нередко вызывает возражения вплоть до отказа. Врач должен начинать консультацию с объяснения цели терапии и конкретизации её оптимальной продолжительности на основании данных доказательной медицины.

Персонализация гормональной терапии, грамотное и понятное объяснение правил приёма, коррекции дозы, пути (трансдермальный, пероральный, интравагинальный) или режима введения — компетенция врача акушера-гинеколога. Сомнения врача относительно целесообразности назначения неизбежно будут «транслированы» пациентке, что повлияет на приверженность.

Причины гормонофобии: страхи по поводу прибавки массы тела, увеличения частоты онкологических заболеваний, сохранения фертильности, негативного влияния на плод. Прояснение сомнений и устранение страхов требует от врача не только клинической компетентности, но и психологической чуткости.

При выборе КОК женщины ориентируются не только на рекомендации врача. Важнейшие «факторы влияния» — интернет-форумы, советы фармацевтов, мнение знакомых и полового партнёра. Удельный вес этих факторов в принятии решения варьирует от 3 до 36%, что подчёркивает важность качественного консультирования и умения стать «фигурой влияния».

МОДЕЛЬ RESPECT В ГИНЕКОЛОГИИ

Эффективное консультирование, основанное на моделях RESPECT, мотивационном интервью и 5-шаговой модели, позволяет преодолеть барьеры, связанные с недоверием, страхами, недостатком или неправильным толкованием информации, что повысит приверженность гормональной терапии.

КОНЦЕПЦИЯ «БЕЗОПАСНЫЙ ВРАЧ — БЕЗОПАСНЫЙ ПАЦИЕНТ»

По мнению экспертов ВОЗ, «безопасный врач» — специалист, обеспечивающий высококвалифицированное консультирование, оптимальный выбор тактики и рациональное наблюдение. «Безопасный пациент» — морально и социально благополучный человек, способный к осознанному принятию решений.

К сожалению, большинство пациентов в России не соответствуют этим критериям, что требует адаптации подходов к консультированию. Важную роль в отношении приверженности гормональной терапии может и должно сыграть государство, уделяя внимание социальной рекламе и повышению авторитета профессии врача.

Приложение 7. Менопаузальная гормональная терапия

Подавляющее большинство женщин в пери- и постменопаузе сталкиваются с симптомами климактерического синдрома. Психоземotionalные симптомы отмечают 95% женщин, вазомоторные — 82%. Это не просто «приливы», а комплексное состояние, затрагивающее все системы организма.

Назначение МГТ требует комплексной оценки: от выявления симптомов дефицита эстрогенов до стратификации сердечно-сосудистого риска. Важно учитывать коморбидную патологию, возможные лекарственные взаимодействия, соблюдать принципы хронотерапии. Эффективное лечение возможно только при междисциплинарном взаимодействии.

Важная задача врача — распознавание психологического портрета пациентки и индивидуальная работа с учётом эмоционального фона и личных ожиданий.

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

- Повышение качества жизни «здесь и сейчас» (работоспособность, настроение, самооценка, сексуальность) за счёт купирования конкретных симптомов
- Профилактика заболеваний, ассоциированных с дефицитом эстрогенов

Эффективность МГТ зависит от критически важных условий: терапия должна быть правильно подобрана, начата вовремя и приниматься длительно.

КОММУНИКАТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ

Ключ к успеху лежит в понимании истинных потребностей и опасений пациентки. Вопрос «Какой результат терапии Вы считаете для себя оптимальным?» — фундаментален. Запросы могут варьироваться от сугубо медицинских до глубоко личных.

Три инструмента коммуникации:

- **Активное слушание:** «Я вас слушаю, рассказывайте!»
- **Резюмирование:** «Давайте суммируем ваши жалобы»
- **Предоставление инициативы:** «Какие у Вас ко мне есть вопросы?»

УПРАВЛЕНИЕ ОЖИДАНИЯМИ И ЭФФЕКТ НОЦЕБО

- Объяснение не только побочных эффектов, но и желательных терапевтических, подчёркивая значимые для конкретной пациентки преимущества
- Уточнение, что многие побочные эффекты — преходящие и доброкачественные, их наличие может трактоваться как признак того, что препарат работает
- Обсуждение методов борьбы с побочными эффектами, не прибегая к отмене терапии

ДОЛГОСРОЧНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

После сбора анамнеза врач предоставляет письменные рекомендации, сформулированные однозначно («по 1 таблетке в день, непрерывно, ежедневно, длительно»). Полезно попросить пациентку повторить основные инструкции, а не ограничиваться вопросом «Вам понятно?».

МГТ назначается «на неопределённый срок», при этом чётко планируются контрольные визиты: **через 3, 6, 12 месяцев**, затем — ежегодно. Для каждого визита планируются анализы, что объективизирует процесс и поддерживает приверженность.

ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ КОММУНИКАЦИИ

- Проявление искреннего интереса и желания помочь
- Избегание критики коллег и споров
- Обеспечение распределения ответственности: «Моя роль — консультативная, вы сами будете принимать решение». Это ставит пациентку во взрослую ответственную позицию

Приложение 8. Особенности ведения пациентов гастроэнтерологического профиля ▲

На приверженность к лечению в гастроэнтерологии определённно влияют разнообразные причины.

ПОВЫШАЮЩИЕ КОМПЛАЕНС ФАКТОРЫ

- Авторитет и эмпатия врача, долгосрочное партнёрство с пациентом, возможность обратной связи и онлайн-коммуникативность
- Учёт всех сопутствующих синдромов и нозологий, принимаемых средств, пищевых и вредных привычек, вдумчивое погружение не только в проблему пациента, но и в его особенности жизни
- Достаточное время на приёме (1 час и более)

- Симметричная картина болезни глазами врача и пациента, когда каждый назначенный препарат имеет осознаваемую цель и приносит результат
- Чёткий, понятный, выполнимый план рекомендаций
- Двойная-тройная курация с диетологом и психиатром
- Хороший ответ на терапию
- Отсутствии побочных эффектов
- Минимальное количество средств в схеме терапии, доступность средств и удобство применения

СНИЖАЮЩИЕ КОМПЛАЕНС ФАКТОРЫ

- Обесцененное пациентом мнение врача, любые сомнения в правильности решений
- Бесплатное лечение
- Отказ от психологической поддержки
- Множественная химическая непереносимость
- Рефрактерность к проводимой терапии
- Малая выраженность симптомов
- Многозадачность и перегруженность

С учётом доминирования тревожно-депрессивных коморбидных расстройств в гастроэнтерологии необходимо, чтобы был сформирован чёткий вектор лечения с контролем большей части понятных синдромов и состояний, а также своевременной остановкой бесконечного обследования.

Существуют рефрактерные пациенты, их достаточно много, но здесь тоже есть решение — формировать подгруппы со стереотипными портретами и сценариями их жизни, двойная/тройная курация с психотерапевтом/клиническим психологом/диетологом. Вариативность терапии и открытость к нестандартным решениям также являются условием хорошего комплаенса.

Крайне сложно работать с пациентом, длительно страдающим от хронических персистирующих симптомов абдоминальной боли и нарушенной кишечной функции, пациентом с тревогой и/или депрессией, множеством внекишечных и перекрёстных проявлений, глубоко погружённым в медицинскую литературу и «экспертизу» в социальных сетях.

Одна публикация, прочитанная пациентом, не даёт оснований врачу реплицировать чужой единичный опыт на конкретный кейс, и мы балансируем между клиническими рекомендациями и необходимостью персонализированного подхода. Отсутствие медицинского образования не позволяет пациенту отделить релевантную информацию от мусора, и врач сталкивается с необходимостью развеивать множество мифов.

Многие врачи стараются избегать таких пациентов, не могут найти в себе силы им помогать, быстро выгорают. Прорыв в нейрогастроэнтерологии последних лет приоткрыл завесу тайны над природой заболевания, показав, что пациенты с расстройствами взаимодействия «кишечник — мозг» страдают от вполне реальной патологии.

Понимание врачом природы болезни, чуткое отношение к пациенту, умение слушать и слышать являются залогом продуктивной коммуникации, первым шагом к построению конструктивного диалога врач-пациент. Это же можно расценивать и как первый шаг к приверженности.

