

Соколова Т.В., Давиденко М.С., Малярчук А.П.

Можно ли отождествлять комплаенс и приверженность к терапии? Мнение экспертов

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»,
г. Москва, Россия

В настоящее время термины «комплаенс» и «приверженность» часто используют в медицинской литературе. Проблема комплаенса/приверженности пациентов к терапии – основа комплекса взаимоотношений врач–пациент. Термины используют специалисты разного профиля для оценки эффективности терапии. В данной публикации изучено мнение специалистов, можно ли отождествлять комплаенс и приверженность к терапии. Систематизированы факторы, определяющие комплаенс/приверженность больных к лечению независимо от нозологических форм заболевания. Ранжированы на четыре группы факторы неприверженности к терапии, связанные с заболеванием, больным, врачом и лечением.

Ключевые слова: комплаенс; приверженность; факторы приверженности и неприверженности к терапии.

Для цитирования: Соколова Т.В., Давиденко М.С., Малярчук А.П. Можно ли отождествлять комплаенс и приверженность к терапии? Мнение экспертов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2020;23(3):174-81. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48902>

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 07.06.2020

Принята к печати 23.07.2020

Sokolova T.V., Davidenko M.S., Malyarchuk A.P.

Is it possible to identify compliance and adherence to therapy? Experts opinion

Moscow State University of Food Production, Moscow, Russian Federation

Today, the terms “compliance and adherence” are often used in the medical literature. The problem of patient compliance/adherence to therapy is the basis of the physician–patient relationship complex. The study of this complex is used by specialists with various profiles to assess the effectiveness of therapy. This publication has studied the opinion of specialists when answering the following question: “Is it possible to identify compliance and adherence to therapy?” The factors determining the compliance/adherence of patients to treatment regardless of nosological forms of the disease are systematized. A total of four groups of factors of nonadherence to therapy associated with the disease, patient, doctor, and treatment were identified in this study.

Key words: compliance; adherence; factors of adherence and to nonadherence to therapy.

For citation: Sokolova TV, Davidenko MS, Malyarchuk AP. Is it possible to identify compliance and adherence to therapy? Experts opinion. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2020;23(3):174-81. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48902>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 07 June 2020

Accepted 23 July 2020

Для корреспонденции:

Малярчук Александр Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств» Минобрнауки, Москва, Россия. E-mail: 2236779@mail.ru

For correspondence:

Alexandr P. Malyarchuk, MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases with a Cosmetology Course of Medical Institute of Continuing Education of Moscow State University of Food Production, Moscow, Russian Federation. E-mail: 2236779@mail.ru

Information about the authors:

Sokolova T.V., <https://orcid.org/0000-0002-5450-4218>; Davidenko M.S., <https://orcid.org/0000-0001-9999-5244>; Malyarchuk A.P., <https://orcid.org/0000-0003-2559-846X>

Актуальность

Приверженность больных к лечению, по мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения, является важным критерием эффективности системы оказания медицинской помощи населению, а её улучшение – лучшая инвестиция при подготовке программ совершенствования медицинской помощи больным с хронической патологией [1]. В соответствии с этим проблема сотрудничества врача и больного в последние годы приобретает всё большую актуальность и становится камнем преткновения современной медицины, так как выполнение режима приёма препаратов и соблюдение предписаний врача больным являются решающим фактором успеха или неуспеха лечения [2, 3]. Теоретические и практические аспекты проблемы приверженности пациентов к терапии отражены в многочисленных публикациях фармакологов и врачей различных специальностей [2, 4–10]. Основной стержень данной проблемы – комплекс взаимоотношений врач–пациент. Подтверждает это фраза знаменитого врача Гиппократа: «Только тогда врач может вылечить больного, когда тот захочет этого». Аналогичное высказывание принадлежит другому не менее знаменитому врачу Парацельсу: «Три вещи образуют медицину: болезнь, больной и врач. Любое врачебное искусство будет напрасным, если больной не будет сотрудничать со своим врачом» [11]. При отсутствии взаимопонимания между врачом и пациентом формируется порочный круг. Несоблюдение режима терапии приводит к снижению её эффективности, т.е. бесполезным становится даже самое эффективное лекарство. В результате болезнь часто рецидивирует, приобретает более тяжёлое течение, у больных формируется депрессия. Это приводит к многократной коррекции лечения, назначению новых лекарств, необходимости дополнительных расходов на их приобретение, назначению консультаций смежных специалистов. Врач разочаровывается в успехе лечения, снижается его профессиональный интерес к пациенту, создаётся впечатление «бесперспективности» больного. А у пациента формируется недоверие к профессионализму врача, происходит дискредитация веры в медицину и систему медицинской помощи [12].

В то же время даже в развитых странах рекомендации врача выполняют только 50% больных различными хроническими заболеваниями [13]. Данная проблема очень актуальна для развивающихся стран. Там на первое место помимо личностных проблем ставится низкий материальный уровень населения, ограничивающий его доступ к медицинской помощи и лекарствам [1]. В США эффективность лечения регистрируется всего у 30% больных, что объясняют низким уровнем комплаенса. Затраты на стационарное лечение, обусловленные плохой приверженностью больных к те-

рапии, в США составляют до 100 млрд долларов в год [14]. При анализе публикаций, посвящённых данной проблеме, за 50 лет установлено, что 25–40% пациентов не были привержены к лечению [15].

В России проблему приверженности к терапии изучают врачи разных специальностей – кардиологи и терапевты [11, 16–21], эндокринологи [21], пульмонологи [22], фтизиатры [23, 24], психиатры [4, 25, 26], гастроэнтерологи [27], невропатологи [28], дерматовенерологи [8, 29–36].

Цель исследования – по данным литературы изучить мнение специалистов, можно ли отождествлять комплаенс и приверженность к терапии; систематизировать факторы, определяющие комплаенс (приверженность) независимо от нозологических форм заболевания; ранжировать факторы неприверженности к терапии.

Статья базируется на анализе 61 литературного источника, в том числе 18 зарубежных авторов. Для подбора литературы использованы поисковые системы сети Интернет Google Scholar, Cyberleninka, eLibrary, Sigla, PubMed. Приверженность больных к терапии с дерматозами различного генеза (дерматофитии стоп, акне, атопический дерматит) изучается профессорско-преподавательским составом нашей кафедры и фармации с 2017 г.

В настоящее время в литературе дискутируется вопрос: «Можно ли отождествлять термины "приверженность" и "комплаентность"». В толковом словаре русского языка под редакцией Д.Н. Ушакова [37] даётся следующее определение «приверженности» – «верность, преданность кому/чему-нибудь», а в толковом словаре С.И. Ожегова, Н.Ю. Шведова [38] – «преданный кому-нибудь, целиком отдающийся чему-нибудь».

Термин «комплаенс» стал использоваться в медицине во второй половине XX века по предложению D. Sackett и R. Haynes [39]. COMPLIANCE (от англ. *compliance* происходит от глагола *to comply*, что означает *исполнять, согласие, соответствие*). В Оксфордском словаре английского языка комплаенс означает действие в соответствии с указанием или повиновением [40]. Иными словами, приверженность и комплаенс близки по смыслу – верность/исполнение/согласие. Их можно трактовать как верность назначенному врачом лечению или согласие исполнять его рекомендации. Это акцентирует внимание на факт участия пациента в лечении, а не слепого следования рекомендациям врача. В широком смысле приверженность/комплаенс можно обозначить как двухстороннее совпадение желания пациента в плане приёма лекарств, выполнения медицинских процедур и т.д. с рекомендациями врача [4, 20]. Не случайно в русскоязычной литературе можно встретить и другие определения комплаенса – «сотрудничество», «доверие», «согласие», «взаимопонимание» [4, 11],

а у зарубежных авторов – «adherence» (строгое соблюдение правил и требований), «therapeutic alliance» (терапевтический союз) и «concordance» (согласие с назначенным лечением) [41, 42]. Королевское фармацевтическое общество Великобритании заменило термин «compliance» на «concordance». Также предлагалось использовать термины «терапевтический альянс», «согласие с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество». Однако термины «комплаенс» и «приверженность» в настоящее время используют для описания поведения больных при выполнении назначений врача.

Обсуждение вопроса об однозначности терминов «комплаенс», «приверженность» и «согласование» приводится в публикации С.И. Пиманова и соавт. [9]. COMPLAENС определяется как поведение пациента, соответствующее рекомендациям врача. В данном случае процесс назначения лечения – это приоритет врача, который не предполагает какого-либо его согласования с пациентом, а только убеждение последнего в необходимости и правильности терапии. Приверженность – это приём лекарственных средств, соблюдение диеты и выполнение мероприятий по изменению образа жизни в соответствии с медицинскими рекомендациями, причём пациент исходно соглашается следовать таким назначениям [1]. СОГЛАСОВАНИЕ – это выполнение больным договорённости, достигнутой между ним и медицинским работником в отношении лечения. В этом случае врач, назначая лечение, учитывает пожелания, возможности и убеждения пациента. Пациент, в свою очередь, собирается следовать рекомендациям врача [41]. Если термины «комплаенс» и «приверженность» являются традиционными [1], то «согласование» – относительно новый термин, не имеющий в русскоязычной литературе «стойкого» перевода. Он применяется в основном в Великобритании и часто используется в качестве синонима к терминам «приверженность» или «комплаенс». Национальный координационный центр Великобритании (National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation, NCCSDO), объединяющий ведущих специалистов в области медицины, фармации и этики, признал, что три указанных термина в настоящее время можно применять как взаимозаменяемые.

Таким образом, COMPLAENС (приверженность) в медицине считается «терапевтическим инструментом», обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует адекватному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности лечения [43]. Например, больные, приверженные к лечению антибиотиками, обладают большей осведомленностью об их свойствах и используют их реже других пациентов и только по назначению врача [44].

Для изучения COMPLAENС/приверженности пациентов к терапии всеми специалистами используется как Шкала Мориски–Грина (D. Morisky, L. Green, D. Levine, 1986), так и авторские варианты опросников, позволяющие целенаправленно, с учётом медицинской специальности оценить факторы риска неприверженности больных к терапии, связанные с заболеванием, врачом, больным и лечением. Шкала Мориски–Грина включает 9 вопросов, касающихся отношения пациента к приёму лекарственных препаратов. В отечественной литературе COMPLAENС нередко отождествляют только с качеством того или иного лекарственного средства, указываются его характеристики, повышающие приверженность больных к терапии (наличие нескольких лекарственных форм препарата, удобная для употребления расфасовка, минимальная кратность назначения, отсутствие запаха и т.п.). Однако термин «комплаенс», как указано выше, имеет более ёмкое определение.

Данные литературы свидетельствуют, что больные в большей степени доверяют врачам, умеющим подробно и в доступной форме дать информацию об их болезни, методах лечения, его эффективности. Врач обязательно должен быть внимательным и неравнодушным [45, 46]. Доверие врачу и взаимопонимание позволяют свести к минимуму нарушения предписанных рекомендаций [47]. К сожалению, данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о низком уровне приверженности к терапии больных с различными заболеваниями – от 30 до 70% [48, 49], в то время как наиболее оптимальным является показатель 80–100% [11].

Особый интерес представляют совместные исследования проблемы приверженности к терапии врачей различных специальностей с психиатрами и клиническими фармакологами. Так, при изучении приверженности к терапии женщин, страдающих раком молочной железы, онкологами и психиатрами отмечено, что значимыми факторами являются когнитивные, эмоциональные особенности приверженности к терапии и значение стратегии совладающего поведения [3]. Среди когнитивных факторов, способствующих сильной приверженности к терапии, отмечен высокий уровень доверия медицинскому персоналу, принятие болезни, высокий уровень самооэффективности в её преодолении. Эмоциональные факторы связаны с умеренным уровнем страха и тревоги за возможность прогрессирования заболевания. Именно они способствуют мотивации пациента на выполнение всех рекомендаций врача. Стратегия совладающего поведения представляет собой усилия, направленные на преодоление трудностей, возникших у больного при тяжёлом течении заболевания. В целом большинство пациенток с раком молочной железы демонстрировали адаптивные стратегии совладающего поведения, что способствовало

формированию оптимизма. Психологические факторы, снижающие комплаентность, коррелировали с низким уровнем доверия лечащему персоналу, беспомощностью в отношении болезни, низкой самооценкой в её преодолении, выраженным страхом возможности прогрессирования заболевания.

Впервые в дерматологической практике оценка приверженности к лечению больных микозами стоп дана с учётом ряда клинических критериев [46]. Авторы применили нестандартный подход к оценке приверженности к терапии с использованием Spearman Rank Order Correlations, что позволило провести многофакторный анализ ситуации. Так, «максимальный уровень приверженности зарегистрирован у лиц пожилого (2,4 балла) и старческого (2,0 балла) возрастов, минимальный – у трудоспособного населения (1,4 балла). Уровень приверженности был выше при наличии онихомикоза, лёгких вариантах течения микоза стоп, отсутствии осложнений. Значение показателя достоверно возрастало с увеличением числа применяемых ранее топических антимикотиков (ТА) – от 1,8 (один ТА) до 2,5 балла (три и более ТА) ($p < 0,05$). Приверженность к терапии зависела от понимания рекомендаций врача и характеристики лекарственных препаратов (эффективность / безопасность / качество). На уровень комплаенса оказывала влияние и внутренняя убежденность пациента в правильности собственного выбора. Стоимость лекарственных препаратов для больного была незначительной».

Приверженность к лечению включает два значимых компонента – длительность курса терапии и точность (аккуратность) выполнения предписанных врачом схем лечения, в том числе пропуск дозы (так называемые «лечебные каникулы» сроком на 3 дня и более) [11]. Эти компоненты по-разному значимы в определённых клинических ситуациях. Так, при хронических заболеваниях, каковым является атопический дерматит, значение играет продолжительность курса терапии, а при остром течении заболевания, например при отёке Квинке, – строгое соблюдение режима приёма препаратов. Больного важно убедить, что фармакотерапия хронических заболеваний – длительная, а иногда и пожизненная, а её влияние на различные звенья патогенеза не имеет сиюминутного подтверждения [50]. Результаты метаанализа 21 рандомизированного контролируемого исследования, включившего более 46,5 тыс. больных различными соматическими заболеваниями, свидетельствуют, что хорошая приверженность к лечению статистически значимо сопровождалась снижением общей смертности [1].

Количественную оценку приверженности пациента к лечению проводят путём определения процента времени, в течение которого больной принимает предписанную дозу препарата. Хорошей при-

верженностью считается показатель 80–100%, неудовлетворительной – ниже 70–80%. Если больной вдруг самостоятельно принимает дополнительную дозу препарата, то приверженность может быть и более 100% [11].

В источниках литературы описано более 200 факторов, определяющих приверженность больных к лечению при многочисленных соматических заболеваниях [16, 51], в связи с чем разные авторы предприняли попытку систематизировать их по группам. Так, в обобщённом виде факторы, влияющие на комплаенс (приверженность к терапии), сформулированы при его изучении у больных хроническим эрозивным гастритом [27]. Они обозначены как «финансовая готовность оплачивать лечение», «медико-социальная адаптированность и коммуникабельность пациента», «отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными методами», «информированность, удовлетворённость назначенным лечением», «доверие к тактике и стратегии лечащего врача», «отсутствие склонности к медико-социальной изоляции», «результативность ранее проведённой терапии».

Без привязки к нозологической форме заболевания в обобщённом виде их систематизировали российские учёные под руководством С.И. Пиманова [9]:

- Личностно-психологические особенности пациента: гендерные характеристики, этническая принадлежность, образование, сохранность личности, убеждения, отношение к жизни как к ценности, вера в будущее, отношение к медицине и лечению, способность понять назначения врача, знание о последствиях заболевания, методах его лечения и прогнозе.
- Общественно-экономические: система здравоохранения в стране, уровень жизни общества и социальной группы, к которой принадлежит пациент, менталитет общества.
- Социально-экономические особенности пациента: социально-экономический статус, принадлежность к социальной группе с определёнными референтными ценностями и мировоззрением, доход, стоимость лечения.
- Клинические проявления основного заболевания, на которое нацелено лечение: наличие сопутствующих заболеваний, вызывающих необходимость их терапии или препятствующих применению лекарственных средств, и их общее количество.
- Личность врача: авторитет, квалификация, способность объяснить ситуацию, создать мотивацию к лечению; особенности лекарственного средства – информация о нём, знание правил его приёма, форма, дозировка, кратность приёма, сложность схемы лечения, переносимость, побочные явления от приёма и вкус препарата.

В то же время для врачей особенно значимы факторы неприверженности к терапии. Анализ

Таблица

Факторы, связанные			
с заболеванием	с больным	с врачом	с лечением
- Хроническое заболевание - Выраженность клинических симптомов и скорость их развития - Отсутствие немедленного результата при нарушении режима или низкой дисциплине - Сопутствующая патология - Наличие противопоказаний для использования необходимых системных препаратов	- Отрицание наличия болезни при отсутствии видимых симптомов - Молодой возраст, мужской пол, социальный статус - Низкий уровень образования, частая смена врачей - Доход пациента - Психологические особенности пациента, депрессия - Социальная изоляция и психиатрическая патология - Непонимание целей терапии и назначений врача - Непонимание факторов риска заболевания и его возможных последствий при отсутствии лечения - Недостаточная вовлечённость пациента в лечение - Несоблюдение предписаний врача - Отрицательная информация на проводимую терапию в средствах массовой информации - Личный негативный опыт и отрицательные результаты на проводимую терапию у родственников - Загрудения у больного в самообслуживании из-за наличия проблем со зрением, неврологических симптомов, психоорганических изменений и др. - Наличие фармакофобии, например стероидофобии - Интерес к паранаучным методам лечения - Плохая память и неспособность к концентрации внимания - Завышенные ожидания пациента от эффективности лечения - Формирование лекарственного негативизма, жалобы на то, что «перепробовали всё, и ничего не помогает» - Скрытие истинных причин неэффективности терапии (например, обвиняют медикаменты, а причина – нарушение диеты)	- Нехватка времени на лечение - Ошибки в написании доз и кратности приёма препаратов - Страх возможного риска от лечения, о котором говорит врач - Негативная критика врачом назначений коллег - Личные убеждения врача, подрывающие у больного веру в выздоровление - Недостаточность сведений, предоставляемых врачом, и излишняя информация - Полиплагатизм и недоучёт возможности несовместимости препаратов - Краткие, поверхностные рекомендации - Отказ от увеличения дозы для достижения цели лечения - Длительное время ожидания приёма врача, пациента и фармаколога - Непонятный почерк врача - Недостаток специальных знаний у врачей по приверженности к лечению	- Сложные схемы приёма препаратов - Режим дозирования, связь с приёмом пищи - Длительность курса терапии - Некорригируемые побочные эффекты - Стоимость лечения и, как следствие, «финансовое бремя» при хронических заболеваниях - Формирование у населения в выходящих средствах массовой информации - Плохие организационные условия лекарственного средства - Особенности финансирования здравоохранения, качество лекарств, отпускаемых бесплатно

многочисленных публикаций по данной проблеме [2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 20, 31, 47, 52–61] позволил объединить их в 4 группы, которые приведены в **таблице**.

Каким же образом врач может повысить приверженность к лечению больных уже на амбулаторном приеме? Эти тезисы чётко сформулированы в статье А.У. Джакубековой и К.Р. Казымбекова [43]. Врач обязан при обращении больного как при первичном, так и повторном приёме чётко озвучивать цель лечения. Необходимо учитывать образ жизни пациента. Сделать попытку для привлечения пациента к формированию плана терапии. Чётко формулировать вероятность побочных эффектов от используемых лекарственных средств. Назначать лекарственные формы препаратов, которые, по мнению пациента, наиболее приемлемы для него. Использовать в клинической практике стабильные официальные комбинации и ретардные формы лекарств (при их наличии) – это даст возможность больному лучше понять схемы лечения и не забывать их. Обеспечивать его письменными рекомендациями, написанными понятным почерком или печатным способом. Учитывать финансовые возможности пациента.

Таким образом, практически все специалисты в области медицины, занимающиеся изучением эффективности фармакотерапии различных заболеваний, согласны с Национальным координационным центром Великобритании, считающим, что термины «комплаенс» и «приверженность» можно применять как взаимозаменяемые. Краеугольным камнем в изучении причинно-следственных связей проблемы комплаенса/приверженности является исследование коммуникативных способностей и образовательной деятельности врача в плане реализации приверженности и мотивированного отношения пациента к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

- Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. Доступно на: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence/report/en/> (Дата доступа: 06.04.2013).
- Хосева Е.Н., Морозова Т.Е., Андрушина Т.Б. Эффективность и безопасность современных лекарств в призме мнения пациентов // *Клиническая фармакология и терапия*. 2012;21(1):30-4.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Москвиченко Д.В. Психологические факторы приверженности к лечению у пациенток, страдающих раком молочной железы // *Ремедиум*. 2015;(11):16-20.

4. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;(2):4-12.
5. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // *Заместитель главного врача*. 2009;(11):18-25.
6. Каграманян И.Н. Доказательная медицина и реальная клиническая практика // *Вестник ВолгГМУ*. 2015;54(2):18-26.
7. Квитчатая А.И., Пиминов А.Ф. Высокий комплаенс как фактор эффективности лечения // *Аптека*. 2012;871(50):21-4.
8. Монтес Росель К.В., Соколова Т.В., Малярчук А.П. Приверженность к лечению при дерматофитиях стоп: союз врача и больного // *Проблемы медицинской микологии*. 2019;21(2):105.
9. Пиманов С.И., Дикарева Е.А., Макаренко Е.В. Приверженность к фармакотерапии – необходимое условие эффективного лечения // *Лечебное дело*. 2014;39(5):47-52.
10. Стародубов В.И., Каграманян И.Н., Хохлов А.Л. *Проблемы комплаенса в свете оценки медицинских технологий. Оценка медицинских технологий: международный опыт*. М.: Ассоциация международных фармацевтических производителей; 2012:101-12.
11. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии) // *Лечебное дело*. 2012;(2):21-6.
12. Melnikow J., Kiefe C. Patient compliance and medical research: issues in methodology. *J Gen Inter Med*. 1994;9(2):96-105.
13. Goldsmith C.H. The effect of compliance distributions on therapeutic trials. In: Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L., eds. *Compliance in HealthCare*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979:63-77.
14. Donovan J.L., Blake D.R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision making? *Soc Sci Med*. 1992;34(5):507-13.
15. DiMatteo M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9.
16. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // *Справочник поликлинического врача*. 2007;(6):8-12.
17. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // *Артериальная гипертензия*. 2004;10(3):137-43.
18. Коц Я.И., Митрофанова И.С. Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью // *Российский медицинский журнал*. 2007;(4):4-7.
19. Оганов Р.Г., Гиляревский С.Р. Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией // *Здоровье Украины*. 2008;(9):47-9.
20. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Рославцева А.Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности // *Кардиология*. 2007;(3):79-84.
21. Суркова Е.В., Мельникова О.Г. Некоторые аспекты приверженности медикаментозной терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа // *Трудный пациент*. 2008;6(11):35-8.
22. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Шмелев Е.И., Шмелева Н.М. Проблемный комплаенс в медицине: взгляд клинического психолога (опыт клинико-психологического исследования комплаентности больных хронической обструктивной болезнью легких). В сборнике материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». 24–25 ноября 2011. М.: МГМСУ; 2011:13–9. Доступно на: <http://medpsy.ru/library/library105.pdf>
23. Деларю В.В., Юдин С.А., Борзенко А.С. Комплаентность больных туберкулезом лиц (по данным компаративного анализа) // *Медицинская психология в России*. 2013;21(4). Доступно на: http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/pomer12.php (Дата доступа: 14.06.2018).
24. Пьянзова Т.В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом лёгких // *Бюллетень сибирской медицины*. 2012;(6):216-7.
25. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2006;(4):9-11.
26. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008;10(1):8-12.
27. Афанасенкова Т.Е. Оценка комплаентности и психического статуса у больных, страдающих эрозивным гастритом, в работе врача общей практики // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2012;(1):37-9.
28. Котов А.С. Комплаентность у больных эпилепсией // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2010;(11):46-8.
29. Grillo M., Gassner L., Marshman G., Dunn S., Hudson P. Pediatric atopic eczema: the impact of an education intervention. *Pediatric Dermatol*. 2006;23(5):428-36.
30. Бабанов С.А. Проблема комплаентности при использовании современных противогрибковых препаратов // *Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2013;(1):7-9.
31. Горланов И.А., Микиртичан Г.Л., Заславский Д.В., Каурова Т.В., Мурашкин Н.Н. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011;(1):36-40.
32. Кочергин Н.Г. Псориаз, приверженность лечению и кальципотриол + бетаметазона дипропионат // *Клиническая дерматология и венерология*. 2010;8(3):42-6.
33. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Курилко О.Н., Жукова Т.Н., Кениксфест Ю.В., Ивашкевич А.Г. и др. Угревая сыпь как медико-социальная проблема юношества // *Уральский медицинский журнал*. 2004;(3):4-8.
34. Лыткина Е.А., Потекаев Н.Н., Билалова У.Г., Кочергин Н.Г., Черникова Е.А. Качество жизни больных atopическим дерматитом и приверженность к лечению // *Клиническая дерматология и венерология*. 2011;(1):45-8.
35. Мартынов А.А., Спиридонова Е.В., Бутарева М.М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012;(1):21-7.
36. Шакирова А.Т. Влияние комплаенса у пациентов молодого возраста с акне средней и тяжелой степени на эффективность лечения и показатели качества жизни // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2017;(2):33-7.
37. Ушаков Д.Н., ред. *Толковый словарь русского языка*. М.: Гос. ин-т «Сов. энцикл.» ОГИЗ; Гос. изд-во иностр. и нац. слов; 1935-1940.
38. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. *Толковый словарь русского языка*. Российская академия наук. Институт русского языка имени В.В. Виноградова. 4-е изд., доп. М.: Азбуковник, 1997.
39. Sackett D.L. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance In: *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976.
40. *Compact Oxford Russian Dictionary*. Oxford University Press; 2013.
41. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*. 2006;130(1, Suppl):S65-72.
42. Саверская Е.Н., Монтес-Росель К.В., Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гура О.В. Анализ факторов, влияющих на приверженность пациентов с микозами стоп к терапии. В сборнике тезисов. *Успехи медицинской микологии*. 2017:88-91.
43. Джакубекова А.У., Казымбеков К.Р. Современное состояние проблемы приверженности пациента лечению (обзор) // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2012;(4):42-7.
44. Григорян Н.А. Анализ приверженности амбулаторных пациентов к лечению антибиотиками // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2017;7(1):447.
45. Keating N.L., Gandhi T.K., Orav E.J., Bates D.W., Ayanian J.Z. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med*. 2004;164(9):1015-20.

46. Гладько В.В., Саверская Е.Н., Монтес Росель К.В., Соколова Т.В., Малиярчук А.П., Головинов А.И., Панченко Л.А. Комплаентность как одна из проблем рациональной фармакотерапии дерматомитозов // *Медицинский вестник МВД*. 2019;(3):74-9.
47. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии // *Русский медицинский журнал*. 2002;10(12-13):45-9.
48. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. *Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей*. М.: Универсум паблшинг; 1997.
49. Nunes V., Neilson J., Flynn N. *Clinical guidelines and evidence review for medicines: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.
50. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R., Padwal R.S., Tsuyuki R.T., Varney J., Johnson J.A. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *Br Med J*. 2006; 33(7557):15-8.
51. Wa van der M.H., Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol*. 2008;125(2):203-8.
52. Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя // *Международный журнал медицинской практики*. 2006;(1):48-60.
53. Солдатченко С.С., Донич С.Г., Игнатонис И.П. Приверженность к лечению больных бронхиальной астмой: современное состояние вопроса // *Украинский журнал пульмонологии*. 2008;(2):35-8.
54. Зайченко А.В., Пасичниченко В.А., Богданова Т.А. Фармацевтическая опека в топической терапии: под прицелом мышечно-суставная боль и грибковые поражения кожи // *Аптека*. 2012;866(45).
55. Калугин И.В., Хаустова Е.А. Проблема комплаенса у пациентов геронтопсихиатрического профиля // *Архив психиатрии*. 2016;22(4):20-8.
56. Waeber B., Burrier M., Brunner H.R. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *Cardiovasc Pharmacol*. 2000;36(3):23-6.
57. Svensson S., Kjellgren K.I., Ahlner J. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol*. 2000;76(2-3):157-63.
58. Charman C.R., Morris A.D., Williams H.C. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2000;142(5):931-6.
59. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P., Takala J., Kumpusalo E. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press*. 2003;12(1):49-55.
60. Choi W.J., Kim B.R., Youn S.W. Adherence to topical therapies for the treatment of psoriasis: Surveys of Physicians and Patients. *Ann Dermatol*. 2017;29(5):559-64.
61. Hong C.H., Papp K.A., Lophaven K.W., Skallerup P., Philipp S. Patients with psoriasis have different preferences for topical therapy, highlighting the importance of individualized treatment approaches: randomized phase IIIb PSO-INSIGHTFUL study. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31(11):1876-83.
5. Elfimova EV, Elfimov MA. Personality and disease: the «internal picture of the disease», quality of life and commitment. *Deputy Chief Physician. Russian Journal*. 2009;11:18-25. (in Russian)
6. Kagramanyan IN. Evidence-based medicine and actual clinical practice. *Journal of Volgograd State Medical University. Russian Journal*. 2015;54(2):18-26. (in Russian)
7. Kvitchataya AI, Piminov AF. High compliance as factor in the effectiveness of treatment. *Apteka. Russian Journal*. 2012; 871(50):21-4. (in Russian)
8. Montes Rosel' KV, Sokolova TV, Malyarchuk AP. Adherence to treatment for dermatophytes of the feet: the Union of the doctor and the patient. *Problems in Medical Mycology. Russian Journal*. 2019;21(2):105. (in Russian)
9. Pimanov SI, Dikareva EA, Makarenko EV. Adherence to the pharmacotherapy is a necessary condition for effective treatment. *Medical Business. Russian Journal*. 2014;5(39):47-52. (in Russian)
10. Starodubov VI, Kagramanyan IN, Khokhlov AL. *Compliance problems in the light of medical technology assessment. Assessment of medical technology: international experience*. Moscow: Association of International Pharmaceutical Manufacturers; 2012:101-12. (in Russian)
11. Chukaeva II. What is Compliance and what can we do to improve it? *Medical Business. Russian Journal*. 2012;(2):21-6. (in Russian)
12. Melnikov J, Kiefe C. Patient compliance and medical research: issues in methodology. *J Gen Inter Med*. 1994;9(2):96-105.
13. Goldsmith CH. The effect of compliance distributions on therapeutic trials. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in HealthCare*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979:63-77.
14. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision making? *Soc Sci Med*. 1992;34(5):507-13.
15. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9.
16. Konradi AO. The importance of adherence to therapy in the treatment of cardiac diseases. *Directory of a polyclinic doctor. Russian Journal*. 2007;(6):8-12. (in Russian)
17. Konradi AO, Polunicheva EV. Lack of adherence to the treatment of hypertension: causes and correction. *Arterial Hypertension. Russian Journal*. 2004;10(3):137-43. (in Russian)
18. Kots YaI, Mitrofanova IS. New ways of enhancing the efficiency of treatment for chronic heart failure. *Medical Journal of the Russian Federation*. 2007;(4):4-7. (in Russian)
19. Oganov RG, Gilyarevsky SR. How to improve adherence to the treatment of a patient with arterial hypertension. *Zdorovye Ukrainy*. 2008;(9):47-9. (in Russian)
20. Pogosova GV, Koltunov IE, Roslavtseva AN. Compliance to treatment of arterial hypertension and ischemic heart disease – key condition of lowering of cardiovascular mortality. *Cardiology. Russian Journal* 2007;(3):79-84. (in Russian)
21. Surkova EV, Melnikova OG. Some aspects of commitment to medicine therapy in patients with type 2 diabetes. *Difficult Patient. Russian Journal*. 2008;6(11):35-8. (in Russian)
22. Zinchenko YuP, Pervichko EI, Shmelev EI, Shmeleva NM. Problematic compliance in medicine: the view of a clinical psychologist (experience of clinical and psychological research of compliance in patients with chronic obstructive pulmonary disease). In: Materials of the all-Russian scientific and practical conference with international participation "Clinical psychology in healthcare and education". Moscow, 24-25 Nov 2011. Moscow: Moscow State Medical and Dental University; 2011:13-9. Available at: <http://medpsy.ru/library/library105.pdf> (in Russian)
23. Delaryu VV, Yudin SA, Borzenko AS. Compliance of tuberculosis patients (according to comparative analysis). *Medicinskā psihologiā v Rossii. Russian Journal*. 2013;4(21). Available at: http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer12.php (accessed: 14.06.2018). (in Russian)
24. Pyanzova TV. Psychological predictors of low compliance among new cases of pulmonary tuberculosis. *Bulletin of Siberian Medicine. Russian Journal*. 2012;6:216-217. (in Russian)

REFERENCES

1. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. Available at: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence/report/en/> (accessed: 06 Apr 2013).
2. Khoseva EN, Morozova TE, Andrushina TB. Efficacy and safety of modern medicines in the prism opinion of patients. *Clinical Pharmacology and Therapy. Russian Journal*. 2012;21(1):30-4. (in Russian)
3. Sirota NA, Yaltonsky VM, Moskvichenko DV. Psychological factors of adherence to treatment in patients with breast cancer. *Remedium. Russian Journal*. 2015;(11):16-20. (in Russian)
4. Danilov DS. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. Russian Journal*. 2014;(2):4-12. (in Russian)

25. Bانشchikov FR. Compliance in Psychiatry: Reality and Prospects. *Review of psychiatry and medical psychology. Russian Journal.* 2006;(4):9-11. (in Russian)
26. Lutova NB, Neznanov NG, Vid VD. Compliance in psychiatry and how to evaluate it. *Psychiatry and psychopharmacotherapy. Russian Journal.* 2008;10(1):8-12. (in Russian)
27. Afanasenkova TE. General practitioner's assessment of compliance and mental status in erosive gastritis patients. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. Russian Journal.* 2012;(1):37-9. (in Russian)
28. Kotov AS. Compliance in patients with epilepsy. *Russian Journal of neurology and psychiatry.* 2010;(11):46-8. (in Russian)
29. Grillo M, Gassner L, Marshman G, Dunn S, Hudson P. Pediatric Atopic Eczema: The Impact of an Education Intervention. *Pediatric Dermatol.* 2006;23(5):428-36.
30. Babanov SA. The problem of compliance using modern antifungal drugs. *Consilium Medicum. Dermatology. Russian Journal.* 2013;(1):7-9. (in Russian)
31. Gorlanov IA, Mikirtichan GL, Zaslavskiy DV, Kaurova TV, Murashkin NN. Clinical and social problems of compliance in pediatric dermatology. *Herald of Venerology and Dermatology. Russian Journal.* 2011;(1):36-40. (in Russian)
32. Kochergin NG. Psoriasis: compliance and calcipotriol + betamethazone dipropionate. *Clinical Dermatology and Venereology. Russian Journal.* 2010;8(3):42-6. (in Russian)
33. Kungurov NV, Kokhan MM, Kurilko ON, Zhukova TN, Keniksfest YuV, Ivashkevich AG, et al. Acne as a medical and social problem of youth. *Ural Medical Journal. Russian Journal.* 2004;3:4-8. (in Russian)
34. Lytkina EA, Potekaev NN, Bilalova UG, Kochergin NG, Chernikova EA. The quality of life of the patients presenting with atopic dermatitis and their compliance with external therapy. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology.* 2011;(1):45-8. (in Russian)
35. Martynov AA, Spiridonova EV, Butareva MM. Increasing compliance to treatment and rehabilitation programs in patients in hospitals, outpatient and polyclinic departments, and factors having an effect on compliance. *Herald of Venerology and Dermatology. Russian Journal.* 2012;(1):21-7. (in Russian)
36. Shakirova AT. The impact of compliance on the effectiveness of treatment and quality of life, in young patients with moderate and severe acne. *International Journal of Applied and Fundamental Research.* 2017;(2):33-7. (in Russian)
37. Ushakov DN, ed. *Explanatory dictionary of the Russian language.* Moscow: State Institute of the Soviet Encyclopedia; 1935-1940. (in Russian)
38. Ozhegov SI, Shvedova NYu. *Explanatory dictionary of the Russian language.* Russian Academy of Sciences. Vinogradov Institute of Russian language. Moscow: Azbukovnik; 1997. (in Russian)
39. Sackett DL. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance In: *Compliance with therapeutic regimens.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976.
40. *Compact Oxford Russian Dictionary.* Oxford University Press; 2013.
41. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest.* 2006;130(1, Suppl):S65-72.
42. Saverskaya EN, Montes Rosel KV, Malyarchuk AP, Sokolova TV, Gura OV. Analysis of factors influencing the adherence of patients with foot mycosis to therapy. *Advances in Medical Mycology.* 2017;88-91. (in Russian)
43. Dzhakubekova AU, Kazymbekov KR. Current state of the problem of patient's addition to treatment (review). *Bulletin of the Kyrgyz State Medical Academy IK Ahunbaeva.* Bishkek: KGMA. 2012;(4):42-7. (in Russian)
44. Grigoryan NA. Analysis of the ambulator's patients adherence to antibiotic treatment. *Bulletin of Medical Internet Conferences. Russian Journal.* 2017;7(1):447. (in Russian)
45. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med.* 2004;164(9):1015-20.
46. Gladko VV, Saverskaya EN, Montes Rosel KV, Sokolova TV, Malyarchuk AP, Golovinov AI, Panchenko L. Compliance as one of the problems of rational pharmacotherapy of dermatophytosis of the feet. *Medical Bulletin of the Ministry of Internal Affairs. Russian Journal.* 2019;(3):74-9. (in Russian)
47. Mosolov SN. The current stage of development of psychopharmacotherapy. *Russian Medical Journal.* 2002;10(12-13):45-9. (in Russian)
48. Belousov YuB, Moiseev VS, Lepakhin VK. *Clinical pharmacology and pharmacotherapy.* Guide for doctors. Moscow: Univer-sum publishing; 1997. (in Russian)
49. Nunes V, Neilson J, Flynn N. *Clinical guidelines and evidence review for medicines: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.* London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.
50. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *Br Med J.* 2006; 33(7557):15-8.
51. Wa van der MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol.* 2008;125(2):203-8.
52. Naumova EA, Shvarts YuG. Implementation by patients of medical appointments: are interventions aimed at improving this indicator effective. *International Journal of Medical Practice.* 2006;(1):48-60. (in Russian)
53. Soldatchenko SS, Donich SG, Ignatonis IP. Adherence to the treatment of patients with bronchial asthma: current status of the issue. *Ukrainian Pulmonology Journal.* 2008;(2):35-8. (in Russian)
54. Zaychenko AV, Pasichnichenko VA, Bogdanova TA. Pharmaceutical custody in topical therapy: muscular-joint pain and fungal skin lesions. *Apteka.* 2012;866(45). Available at: <https://www.apteka.ua/article/172093> (accessed: 19.11.2012). (in Russian)
55. Kalugin IV, Khaustova EA. The problem of compliance in gerontopsychiatric patients. *Arkhiv Psikhiiatrii.* 2016;22(4):20-8. (in Russian)
56. Waeber B, Burrier M, Brunner HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *Cardiovasc Pharmacol.* 2000;36(3):23-6.
57. Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol.* 2000;76(2-3):157-63.
58. Charman CR, Morris AD, Williams HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol.* 2000;142(5):931-6.
59. Jokisalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J, Kumpusalo E. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press.* 2003;12(1):49-55.
60. Choi WJ, Kim BR, Youn SW. Adherence to topical therapies for the treatment of psoriasis: Surveys of Physicians and Patients. *Ann Dermatol.* 2017;29(5):559-64.
61. Hong CH, Papp KA, Lophaven KW, Skallerup P, Philipp S. Patients with psoriasis have different preferences for topical therapy, highlighting the importance of individualized treatment approaches: randomized phase IIIb PSO-INSIGHTFUL study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2017;31(11):1876-83.