

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Профессор Ю.Г. ШВАРЦ, к. мед. н. Е.А. НАУМОВА

*Саратовский государственный медицинский университет,
Российская Федерация*

Выполнен критический обзор литературы с целью анализа и определения степени доказательности исследований, на основании которых делаются выводы по проблеме приверженности пациентов к лечению. Отмечены низкая репрезентативность данных в рассмотренных публикациях, отсутствие жестких требований к организации исследований, недостаточное количество рандомизированных исследований вмешательств, повышающих комплаинс пациента.

Приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается достаточно низкой, тогда как отрицательные последствия невыполнения врачебных рекомендаций, как клинические, так и экономические, ни у кого сомнений не вызывают [1–4]. В руководстве ВОЗ по этой теме, вышедшем в 2003 г., очень подробно анализируются причины неадекватного выполнения рекомендаций пациентами (табл.1) и предлагаются методы его улучшения [1]. Параллельно с этим другими авторами [2–5] на основании выполненных больших обзоров литературы сделан акцент на принципиальном изменении самого подхода к участию пациента в лечебном процессе и активном привлечении пациента к принятию медицинского решения. Это привело к появлению в литературе вместо привычного термина «compliance» (в переводе с английского — уступчивость, податливость) термина «concordance» (согласие).

Если модель отношения врача и пациента по типу «комплаинс» предусматривает простое выполнение пациентом врачебных инструкций, то модель «конкордантность» рассматривает процесс лечения как сотрудничество и партнерство врача и пациента. Врач предоставляет пациенту полноценную и достоверную информацию о его заболевании, состоянии, возможностях лечения, а решение принимает сам пациент, хотя и при помощи доктора.

По мнению экспертов, следствием перехода от комплаинса к конкордантности должно стать появление у пациентов осознанной приверженности к лечению [4]. Однако уже на этом этапе отмечено определенное негативное отношение врачей к повышению активности пациента, так как это вполне объективно приведет к усложнению их работы [6, 7]. Более того, в ряде работ показано, что среди пациентов также нет единогласия по данному вопросу [8]. Далеко не все больные действительно хотят проявлять активность и брать на себя ответственность за принятие решения [9–12].

Серьезность упомянутых руководств не вызывает сомнений, но ни в одном из них, к сожалению, нет ссылок на уровень доказательности той информации, которая легла в основу описанных в них рекомендаций, хотя упоминание уровня доказательности, как представляется, стало привычной практикой. Очевидно, это обусловлено противоречивостью и неоднородной структурой исследований по данному вопросу.

Таблица 1

Пять взаимодействующих групп факторов, влияющих на приверженность пациентов к терапии

<p>Социально-экономические факторы: социально-экономический статус пациента (материальное положение, уровень образования, социальная поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и др.) раса военные действия на территории страны возраст</p>
<p>Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения: степень развития медицинской системы в целом степень развития системы распределения медицинских услуг образование медицинского персонала (в частности, его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии) система образования пациентов и их длительного наблюдения время, отводимое на консультацию пациента</p>
<p>Факторы, связанные с проводимой терапией: сложный режим приема препаратов, их количество длительность лечения частота смены терапии скорость достижения эффекта побочные эффекты препарата</p>
<p>Факторы, связанные с пациентом: знания пациента о заболевании мотивация к лечению ожидания пациента от лечения забывчивость непонимание инструкций врача страх побочных эффектов, привыкания к терапии предыдущий опыт лечения</p>
<p>Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент: выраженность симптомов заболевания скорость прогрессирования заболевания физическое, психическое, социальное состояние пациента наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания) наличие эффективных методов лечения</p>

Более того, обзор R.V. Haunp [13] говорит о том, что даже улучшение в выполнении врачебных рекомендаций не всегда приводит к положительному клиническому эффекту.

В связи с этим нами предпринята попытка самостоятельного критического обзора литературы с целью анализа и определения степени доказательности тех исследований, на основании которых делаются выводы по проблеме комплайенса и конкордантности.

Проводился поиск статей на английском языке, опубликованных с января 1994 г. по ноябрь 2004 г. в базах данных MEDLINE, «Ovid», «British Medical Journal» и более 600 журналов через его поисковую систему, Cochraine Database, сайт организации «Medicines-Partnership» по ключевым словам: «qualitative study and compliance», «questionnaire and compliance», «intervention and compliance», «randomized trial and compliance». Аналогичные сочетания использовались со словами «adherence» и «concordance».

Поиск статей, опубликованных на русском языке с января 1996 г. по апрель 2004 г., производился в электронных базах данных издательств «Медиа-сфера», «Медицина», «Consilium-medicum», ОССН, «Русского медицинского журнала», журнала «Клиническая фармакология и терапия». Ключевые слова: «compliance», «concordance», «комплаинс», «конкордантность», «приверженность к терапии/лечению», «выполнение рекомендаций/значений», «удовлетворенность от лечения», «отношение к болезни», «взаимоотношения врача и пациента». Дополнительно производили просмотр номеров перечисленных и других журналов на русском языке, тексты которых не доступны в Интернете.

В анализ включены исследования по всем нозологиям, найденным во время поиска. Отбирались исследования, в которых изучались:

причины и предикторы невыполнения врачебных рекомендаций, в том числе особенности взаимоотношений врача и пациента, характеристики деятельности врача, удовлетворенность пациента лечением;

участие пациента в процессе принятия медицинского решения и его связь с приверженностью пациента к лечению;

характер и эффективность вмешательств, направленных на улучшение выполнения пациентами врачебных рекомендаций (и в ряде случаев как следствие — на улучшение различных параметров эффективности лечения).

Отдельно анализировались рандомизированные контролируемые испытания таких вмешательств.

В этом аспекте специально не анализировались клинические испытания препаратов и других средств лечения, целью которых была оценка эффективности и/или безопасности, а комплаинс оценивался попутно. Причина такого подхода — высокие требования к приверженности пациентов к лечению в клинических испытаниях. В них, как правило, для достоверной статистической оценки необходимым считается уровень compliance 75–120%, тогда как в реальной практике такая степень выполнения рекомендаций встречается редко [1].

В анализ не были включены исследования, в которых комплаинс (как степень выполнения врачебных рекомендаций) не являлся самостоятельной конечной точкой, а результативность воздействия на приверженность к лечению оценивалась по изменению ряда параметров эффективности лечения, таких как АД, уровень холестерина или глюкозы в крови, частота повторных госпитализаций и т.п.

Не рассматривались также исследования, проводимые среди детей, подростков и их родителей, поскольку поведение этих групп имеет ряд существенных особенностей [14].

Нами было просмотрено свыше 900 публикаций, для окончательного анализа отобрано 218.

89 исследований были посвящены факторам, влияющим на приверженность пациентов к терапии. В 24 из них изучалась только частота выполнения рекомендаций пациентами, в ряде случаев имело место динамическое наблюдение за пациентами.

Среди анализируемых испытаний 65 — это различные интервью и анкетирование пациентов с использованием различных типов опросников, причем в 28 случаях проводились качественные исследования, описывающие общие тенденции в ответах пациентов без их количественной оценки. В 4 случаях имели место дополнительная аудио- или видеозапись проводимого интервью и анализ полученных данных квалифицированным психологом.

Объем исследований большей частью был невелик (табл. 2) и в половине случаев не превышал 100 пациентов. Из общей массы можно выделить только одно исследование, в котором было опрошено 12 680 пациентов непосредственно с целью выявления их приоритетов в лечении [10].

Мнения врачей в найденных нами исследованиях изучались еще реже (в 15 случаях), причем количество участников в них было менее 100 (табл. 2).

К сожалению, в описании методов абсолютным большинством исследователей не детализировано, производился ли отбор участников для их эксперимента методом случайного выбора или авторы использовали какие-либо другие методики.

Тематика исследований разнообразна, что вместе с существенной разницей в организации экспериментов затрудняет их статистическую обработку. Мы попытались выделить общие тенденции, выявленные различными исследователями.

Оказалось, что пациенты действительно воспринимают прием лекарственных препаратов как нечто само собой разумеющееся, но при этом не готовы слепо выполнять врачебные назначения [15]. На поведение пациента влияют: его социальный статус и этническая принадлежность (хотя следует отметить, что этот фактор ни в одном из исследований не являлся ни единственным, ни наиболее значимым) [16]; пол, возраст (хотя нами отмечены противоречивые данные о характере влияния его на приверженность к лечению) [1, 11, 16–18]; знания о заболевании, возможностях его лечения, медицинских препаратах [8, 19]; столкновение с побочными эффектами препаратов и, наоборот, опыт их удачного применения [15, 20]. Упоминается сложный режим приема медикаментов [16].

Однако особое внимание отводится именно общению врача и пациента [10, 16, 21, 22]. Очень важные пациенты признают возможность высказать свои мысли, чувства, страхи врачу и почувствовать его понимание [21]. Даже недостаток времени, отведенного на врачебную консультацию, рассматривается именно как недостаток времени на общение [22]. При этом отмечается, что доктора не всегда знают даже значительные проблемы пациента, особенно если они на первый взгляд не связаны с развитием заболевания [17]. Еще более важно то, что имеется существенная разница в оценке врачами и самими пациентами приоритетов больного [17, 18].

Удовлетворенность пациентов лечением рассматривалась в 3 опросах. Данные одного из них отличаются, как уже было отмечено, репрезентативностью. В штате Массачусетс было опрошено 12 680 пациентов, выписавшихся из стационара. Было убедительно показано, что больше всего пациенты ценят уважительное отношение к себе, вежливость со стороны персонала лечебного учреждения, доверительные отношения с врачом [10]. Традиционно рассматриваемые образовательные программы для пациентов, а также поддержка семьи на удовлетворенность лечением самих больных влияния не оказывали.

Следующая важная проблема — это участие пациента в процессе принятия медицинского решения. Всего 9 работ были посвящены данной проблеме. Во всех этих работах изучалось мнение только пациентов, мнение врачей нигде не анализировалось. Отстраненность пациента от медицинских задач, связанных с его непосредственным лечением, действительно приводит к их непониманию и часто, как следствие, к невыполнению врачебных предписаний [13]. Однако, как уже было отмечено, предпочтения пациентов по данному вопросу различны [8, 11]. Только часть из них готова принимать активное участие в процессе принятия решения [9]. Многие больные не хотят брать на себя ответственность за выбор вмешательства [10].

129 исследований из всех проанализированных в нашей работе посвящены вмешательствам, направленным на повышение приверженности пациентов к лечению. Из них 45 — нерандомизированные испытания и 84 — исследования с рандомизацией пациента в группы определенного вмешательства и контроля. Так же, как и описательные исследования, не все из данных работ выполнялись на достаточном количестве пациентов (табл. 2).

Среди рандомизированных испытаний на первом месте по числу исследований (табл. 3) стоят разно-

Таблица 2

Состав участников исследования

Количество участников	Анкетирование и интервью*		Исследования вмешательств, повышающих приверженность пациентов к лечению			
			рандомизированные		нерандомизированные	
	пациентов	врачей	пациентов	врачей**	пациентов	врачей**
0–50	25	11	7	7	15	2
51–100	13	4	23	1	8	0
101–200	10	0	17	0	8	0
201–300	9	0	13	0	9	0
301–400	8	0	6	0	3	0
401–500	3	0	5	0	0	0
501–1000	8	0	4	0	2	0
1001–2000	4	0	5	0	0	0
Более 2000	6	0	4	0	0	0

* В 3 исследованиях изучалось только мнение врачей, в 12 — мнение врачей и пациентов, в остальных случаях — только пациентов.

** Все исследования посвящены образовательным программам среди врачей, их влиянию на приверженность пациентов к терапии, и соответственно в них принимали участие как врачи, так и пациенты.

Таблица 3

Рандомизированные исследования вмешательств, повышающих приверженность пациентов к терапии

Виды вмешательств	Количество исследований*
Образовательные программы для:	
пациентов	46
семьи пациента	7
врачей	8
Психотерапевтические методики	18
Совместная работа врача общей практики и специалиста	1
Врачебные советы	6
Программы с участием медицинских сестер	8
Программы с участием фармацевтов	5
Использование Интернет-технологий	1
Напоминание пациентам о визите:	
телефонным звонком	15
письмом	7
Разное	4
Всего	126 вмешательств изучено в 84 исследованиях

* В 43 исследованиях изучалось по два (и более) вида вмешательств одновременно.

образные образовательные программы для пациентов [23, 24].

Обучение семьи больного исследовалось значительно реже [25]. Среди обучающих программ для врачей преобладали тренинги, направленные на профессиональные знания о заболевании, рекомендации по его лечению (предполагалось, что это должно влиять на комплаентность пациента) [26], реже — на непосредственные знания о навыках общения с больным [24]. Психологами и психиатрами активно изучались различные психотерапевтические методики (когнитивная терапия, комплаентная терапия и др.) [25, 27, 28] с хорошим эффектом в отношении приверженности пациентов к терапии, что, к сожалению, менее ценно для врача общей практики в связи с невозможностью самостоятельно применять указанные техники. В связи этим рассматривалась возможность совместного лечения пациентов врачом общей практики и специалистом по психотерапии [28]. Оценивалось значение для повышения степени комплайенса врачебных советов [29], деятельности медицинских сестер [30, 31], фармацевтов [32], использование Интернета [33], рассматривалось значение материального фактора [34–35]. С целью повышения приверженности к скрининговым обследованиям активно изучались различные способы напоминания — телефонные звонки, почтовые и электронные письма [29, 30, 36]. Наиболее успешным оказалось совместное применение нескольких из указанных методов одновременно [24–26, 29–31].

Необходимо обратить внимание на существенные различия в длительности наблюдения за пациентами в рандомизированных исследованиях — от 10 дней до 4 лет, причем в 42 исследованиях это 6 мес и менее (табл. 4).

Обсуждая изложенное, первое, на что хотелось бы обратить внимание, это репрезентативность данных в рассмотренных нами испытаниях. Несомненно, что небольшие описательные исследования, особенно с очень подробным рассмотрением всей информации, привлечением к ее анализу соответствующих специалистов, имеют очень большую ценность. Но, к сожалению, не всегда информация, полученная на определенной выборке пациентов, совпадает с большими по-

пуляционными исследованиями, особенно если при составлении этой выборки имелись какие-либо ограничения [37]. При проведении рандомизированных испытаний еще более важно достаточное количество участников для получения достоверных статистических выводов [37]. Вероятно, необходимо, несмотря на все связанные с этим трудности, проведение более масштабных исследований. Данные, полученные в них, могут как подтвердить, так и опровергнуть информацию, имеющуюся на сегодняшний день.

К самой организации исследований также должны предъявляться более жесткие требования. В эпоху доказательной медицины явно недостаточно получения качественной информации, равно как недостаточно проведения нерандомизированных исследований. Очевидна необходимость четкой статистической оценки всего происходящего, хотя, несомненно, в отношении такой деликатной проблемы, как комплайнс, это очень сложно.

На данном этапе, исходя из проведенного анализа литературы, рекомендации и заключения ВОЗ можно рассматривать как основанные лишь на мнении экспертов, т. е. с уровнем обоснованности «С». Причины недостаточной приверженности к рекомендациям в руководстве ВОЗ разделены на 5 больших групп (табл. 1). Здесь хотелось бы обратить внимание на взаимоотношения врача и пациента, которым в данном руководстве, с нашей точки зрения, уделено немного внимания, а в проанализированной литературе эта проблема описывается чаще. Недостаток знаний и навыков у врачей, в том числе и в области общения с больным, важен, но, может быть, гораздо важнее сам факт непонимания врачом приоритетов пациента и явная недооценка этого, вследствие чего в процессе «совместного» лечения они преследуют разные цели. Разумеется, это не может не сказываться на результате лечения. Более того, поведение медиков пока изучено недостаточно, недооценка деятельности врача в процессе двустороннего общения — его и пациента — действительно имеет место, а эффект от изменения именно поведения врача может оказаться неожиданно значимым в повышении приверженности пациента к лечению.

Как именно должны общаться врач и пациент и что лучше — комплайнс, т.е. уступчивость пациента и простое выполнение им врачебных рекомендаций, или конкордантность, т.е. осознанное согласие с проводимой терапией и активное участие больного в лечебном процессе? Сегодня на этот вопрос ответа нет, да, наверное, и не может быть, так как между пациентами имеются существенные различия в восприятии лечения. Уже сделаны попытки деления пациентов на группы [38, 39] по критерию желания или нежелания принимать медицинские решения. В любом случае эта дискуссия будет продолжаться до того момента, пока в больших рандомизированных испытаниях не будут рассмотрены возможности применения и того, и другого подхода в различных ситуациях и у различных пациентов.

Удовлетворенность пациента лечением — также трудный для оценки критерий. Не доказана связь между удовлетворенностью лечением и выполнением

Таблица 4

Рандомизированные исследования вмешательств, повышающих приверженность пациентов к терапии

Период наблюдения за пациентами	Количество исследований
1 мес и менее	9
До:	
3 мес	19
6 "	17
9 "	5
1 года	23
2 лет	8
Более 2 "	3
Всего	84

врачебных рекомендаций, но есть данные, что удовлетворенность мало связана именно с вовлечением пациентов в процесс принятия решения. На положительную оценку качества лечения в большей степени влияют уважение, вежливость врача, доверие к нему.

Набор вмешательств по улучшению комплайенса пока выглядит достаточно ограниченным. С учетом всех ограничений при изучении этих вмешательств становится более понятно, почему эффективность их как в повышении приверженности к терапии, так и в улучшении результатов лечения, нередко оценивается весьма скептически.

Длительность наблюдения за пациентами в рандомизированных испытаниях для оценки эффективности вмешательства также, вероятно, должна быть пересмотрена. Вряд ли убедительны данные о результатах вмешательств, полученные через несколько недель или месяцев у пациентов с хроническими заболеваниями. Во многих работах доказано, что именно через полгода долгосрочной терапии про-

исходит резкое снижение степени приверженности к лечению [40], а базовая терапия большинства хронических состояний рассматривается в настоящее время как пожизненная. Соответственно анализировать эффективность вмешательства целесообразно через более длительный, нежели 6 мес, промежуток времени.

В целом анализ рассмотренных данных приводит к заключению, что проблема приверженности пациентов к терапии крайне сложна и неоднозначна. И хотя недостаточное выполнение врачебных рекомендаций отмечалось многими авторами на протяжении длительного времени, только в последние годы этой темой стали активно заниматься специалисты. Определенные успехи в понимании того, что такое приверженность к лечению, уже достигнуты, однако, присоединяясь к мнению о несомненной необходимости новых методов воздействия на комплайнс, мы также можем отметить, что необходимы и новые подходы к изучению этой многогранной проблемы.

Литература

- World Health Organisation (2003): Adherence to long-term therapies, evidence for action.— Geneva. www.who.int.
- Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century.— London: DoH, 2001: 12. www.doh.gov.uk/healthinequalities.
- Carter S., Taylor D., Levenson R. A question of choice — compliance in medicine taking, a preliminary review. www.medicinespartnership.org.
- From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. The Royal pharmaceutical society of Great Britain. Working Party report. www.medicinespartnership.org.
- Bristol Royal Infirmary Inquiry. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995.— London: Stationery Office, 2001 (CM 5207). www.bristol-inquiry.org.uk/ (accessed 20 Sep 2002).
- What's a good doctor and how do you make one? // Letters BMJ.— 2002; 325: 711.
- Stapleton H., Kirkham M., Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care // BMJ.— 2002; 324: 639.
- Dowell J., Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care // Family Practice.— 1997; 14: 369–375.
- Lewis D., Robinson J., Wilkinson E. Factors involved in deciding to start preventive treatment: qualitative study of clinicians' and lay people attitudes // BMJ.— 2003; 327: 841.
- What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics / S. Joffe, M. Manocchia, J. Weeks, P. Cleary // J. Med. Ethics.— 2003; 29: 103–108.
- McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes // BMJ.— 2000; 321: 867–871.
- Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study / J. Gascon, M. Sanchez-Ortuno, B. Llor et al. // Family Practice.— 2004; 21(2): 125–130.
- Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication (Cochrane review) / R. Haynes, H. Donald, A. Garg, P. Montague // The Cochrane Library, Issue 3, 2003.
- Fotheringham M. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescents // J. of Pediatr. and Child Health.— 1995; 31: 72–78.
- Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population // Br. J. Gen. Pract.— 1994; 44(387): 465–468.
- Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics / D. Hansen, W. Vach, J. Roshom et al. // Am. J. Psychiatry.— 2004; 156: 643–645.
- Gulbrandsen P., Hjortdahl P., Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multi-practice questionnaire survey // BMJ.— 1997; 314: 1014.
- Pitman P. Gendered experiences of health care // Intern. J. for Quality in Health Care.— 1999; 11: 397–405.
- Patients' problems with new medication for chronic condition / N. Barber, J. Parson, S. Clifford et al. // Am. J. Health. Syst. Pharm.— 2004; 61(14): 1473–1478.
- Candon P. High blood pressure often goes uncontrolled // Med. Tribune.— 1999; 40(21): 19.
- Why psychosocial problems: hypertensive patients do not comply with the treatment / J. Gascon, M. Sanchez-Ortuno, B. Llor, D. Skidmore // The An. of Pharmacotherapy.— 2004; 11: 1794–1799.
- Pollock K., Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study // BMJ.— 2002; 325:687.
- The effect of educational brochures on follow-up compliance in women with abnormal Papanicolaou smears / D. Stewart, P. Buchegger, G. Lickrish, S. Sierra // Obst. & Gynecol.— 1994; 83: 583–585.
- Can enhanced acute-phase treatment of depression improve long-term outcomes? A report of randomized trials in primary care / E. Lin, G. Simon, W. Katon et al. // Am. J. Psychiatry.— 1999; 156: 643–645.

25. A randomised study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder / D. Miklowitz, E. George, J. Richards et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 2003; 60: 904–912.
26. An intervention to increase physicians' use of adherence-enhancing strategies in managing hypercholesterolemic patients / L. Casebeer, J. Klapow, R. Centor et al. // *Acad. Med.*— 1999; 74: 1334–1339.
27. Compliance therapy: a randomised trial in schizophrenia / C. O'Donnell, G. Donohoe, L. Sharkey et al. // *BMJ.*— 2003; 327: 834.
28. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression / W. Katon, M. VonKorff, E. Lin et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 1999; 56: 1109–1115.
29. Enhancing adherence following abnormal Pap smears among low-income minority women: a preventive telephone counseling strategy / S. Miller, K. Siejak, C. Schroeder et al. // *J. of the Nat. Canc. Inst.*— 1997; 89: 703–708.
30. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a department of veterans affairs health care system / J. Piette, M. Weinberger, F. Kraemer, S. McPhee // *Diabetes Care.*— 2001; 24: 2002–2008.
31. A Case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction / R. DeBusk, N. Miller, H. Superko et al. // *An. of Internal Medicine.*— 1994; 120: 721–729.
32. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: a randomised controlled trial / M. Weinberger, M. Murray, D. Marrero et al. // *JAMA.*— 2002; 228(13): 1594–1602.
33. Providing a Web-based online medical record with electronic communication capabilities to patients with congestive heart failure: randomised trial / S. Ross, L. Moore, M. Earnest et al. // *Int. J. for Quality in Health Care.*— 2004; 10: 395–401.
34. Adherence to Isoniazid prophylaxis in the homeless / J. Tully, L. Pilote, J. Hahn et al. // *Arch. Intern. Med.*— 2000; 160: 697–702.
35. A cluster randomised controlled trial to evaluate a policy of making hip protectors available to residents of nursing homes / P. O'Halloran, G. Gran, T. Beringer et al. // *Age and ageing.*— 2004; 33(6): 582–588.
36. Testing reminder and motivational Telephone Calls to Increase Screening Mammography: a randomise study / S. Taplin, W. Barlow, E. Ludman et al. // *J. of the Nat. Canc. Inst.*— 2000; 92(3): 233–242.
37. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология— М.: Медиа Сфера, 1998.
38. Scales to measure perceived control developed specifically for people with tablet-treated diabetes / C. Bradley, K.S. Lewis, A.M. Jennings, J.D. Ward // *Diabet Med.*— 1990; 7(8): 685–694.
39. Сахарный диабет и депрессивные расстройства / М.Б. Анциферов, О.Г. Мельникова, М.Ю. Дробижев, Т.А. Захарчук // *РМЖ.*— 2003; 11(27): 1480.
40. Patients' persistence and adherence with glaucoma therapy: a longitudinal retrospective database analysis of ophthalmic lipids / S. Kline, J. Walt, A. Carlson, G. Trygstad // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*— 2004; 45: E-abstract 4509.

Поступила 09.08.2005

ADHERENCE OF PATIENTS TO TREATMENT FROM THE POSITIONS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

Yu.G. Schwarz, E.A. Naumova

S u m m a r y

Critical analysis of the literature with the purpose to analyze and determine the degree of evidence of the studies, which allow to conclude about patients' adherence to treatment, was done. Low representativeness of the data in the discussed publications, absence of strict requirements, lack of randomized studies of interventions, increasing patient compliance was noted.