

Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность

А.А. Мартынов, Е.В. Спиридонова, М.М. Бутарева

Increasing compliance to treatment and rehabilitation programs in patients in hospitals, outpatient and polyclinic departments, and factors having an effect on compliance

A.A. MARTYNOV, YE.V. SPIRIDONOVA, M.M. BUTAREVA

об авторах: ►

А.А. Мартынов — д.м.н., доц., ведущий научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России
 Е.В. Спиридонова — врач-дерматовенеролог стационара дневного пребывания ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России
 М.М. Бутарева — к.м.н., зав. стационаром дневного пребывания ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России

Обсуждаются вопросы комплаенса — приверженности пациентов к лечебно-реабилитационным мероприятиям. Приведены данные о возможных методах оценки степени приверженности к лечению пациента, факторах, влияющих на формирование комплаенса, а также специальных приемах для врачей, используемых с целью повышения приверженности пациентов к лечению.

Ключевые слова: **комплаенс, приверженность терапии, тест Мориски — Грина, повышение приверженности терапии, затраты/эффективность.**

The article discusses the problem of compliance, i.e. patients' adherence to treatment and rehabilitation measures. The authors present data on possible methods for assessment of the patient's compliance to the treatment, factors having an effect on the formation of compliance, and special techniques to be used by doctors to improve patients' compliance to treatment.

Key words: **compliance, adherence to therapy, Morisky-Green test, improving the adherence to therapy, expenses/efficiency.**

■ Активное вовлечение в процесс лечения самого пациента является залогом успеха терапии любого заболевания. Пациент может сознательно идти на нарушение предписаний, однако чаще имеет место несоблюдение требований, что связано с неправильным восприятием пациентом той информации, которую сообщает ему врач [1]. В связи с этим большое значение приобретают коммуникативные навыки врача.

Повышение приверженности пациентов к лечебно-реабилитационным программам является одной из ключевых задач при ведении пациентов независимо от диагноза и степени тяжести заболевания. В современных условиях недостаточно правильно диагностиро-

вать болезнь и составить индивидуальную программу терапии. Врачу необходимо создать условия для соблюдения пациентом полученных рекомендаций. Осознанное выполнение пациентом врачебных рекомендаций в целях максимально быстрого и полного выздоровления (в случае острого заболевания) или стабилизации состояния (при хроническом заболевании) получило название комплаенса. В переводе с английского языка compliance означает согласие, приспособление, разделение взглядов. Под комплаенсом в настоящее время принято понимать добровольное следование пациентом предписанным программам лечения, включая не только фармакотерапевтическое воздействие,

но и различные аппаратные методы лечения и реабилитацию. Комплаенс предусматривает терпеливое участие пациента в принятии решения в вопросах, имеющих отношение к его здоровью [3]. Для обозначения комплаентности употребляют такие термины, как «compliance», «adherence», «comprehensive disease management», «concordance», «persistence».

Проблема приверженности пациентов терапии существует со времен Гиппократов, когда была актуальна ложь пациента о приеме лекарственных средств. Проблема комплаентности или добросовестного соблюдения назначений и рекомендаций врача в ходе лечебных, а особенно профилактических, мероприятий в наши дни также остается актуальной и требующей серьезного отношения в любой отрасли медицины. Ежегодно из-за последствий низкой комплаентности, по данным американских медиков, погибают 125 000 пациентов с различными заболеваниями. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением назначений лечащего врача [4].

Строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций возможно только в клиниках, где осуществляется сестринский контроль проводимой терапии (психиатрического, туберкулезного профилей, в клиниках сочетанного лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции). В обычных условиях показатель комплаенса варьирует в широких пределах — от 25 до 75% [5]. Столь широкая вариация показателя в большинстве случаев обусловлена субъективностью проводимых оценок и отсутствием универсальной методики оценки данного показателя.

Среди объективных методов оценки комплаенса используются методики с использованием микропроцессоров, которые анализируют о реальных расходах (число проведенных ингаляций, число открываний коробочек для таблеток) либо потреблении лекарственных препаратов (уровень лекарственного препарата в плазме крови). Проведение подобных исследований позволило установить, что у пациентов, которым был назначен прием препарата 1 раз в день, комплаенс значительно выше, чем у принимавших лекарства 2 раза в день [2].

Таким образом, можно утверждать, что каждый пациент в той или иной мере нарушает рекомендации его лечащего врача. Причем характер несоблюдения рекомендаций врача часто имеет общие отличительные черты у некоторых пациентов. Большая часть пациентов ежедневно принимает все дозы препарата, однако с некоторыми нарушениями регулярности приема. Другие пациенты помимо несоблюдения интервала между приемами препарата периодически забывают принимать отдельные дозы препарата. Некоторые пациенты 3—4 раза в год устраивают себе «лекарственные каникулы» по различным причинам: устали принимать препарат, не смогли обновить рецепт, уехали в отпуск и т. д. Отдельную группу составляют

такие пациенты, у которых «лекарственные каникулы» проходят ежемесячно или даже чаще. Некоторые пациенты вообще не принимают назначенного лечения, но создают впечатление хорошей приверженности терапии. Например, широко известен феномен «приверженности белому халату», когда назначенный препарат обязательно принимается перед посещением врача.

Плохая приверженность терапии является одной из основных причин безуспешности лечения. Если у пациента не наблюдается ответа на назначаемую терапию, врачу необходимо определить, является ли пациент действительно резистентным к лечению или он недостаточно комплаентен. К сожалению, достаточно надежного метода, который позволял бы оценивать приверженность лечению в повседневной практике, не существует.

Сравнительная характеристика отдельных методов изучения комплаентности представлена в табл. 1.

Если пациент достаточно открыт при разговоре или активно возражает против проводимого лечения, то соблюдение комплаентности может быть легко оценено при непосредственном опросе. Однако объективная информация не будет получена в случае, если у пациента имеется какая-то причина скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов. В качестве таких причин чаще всего выступает наличие обстоятельств, приводящих к желанию пациента продемонстрировать неэффективность терапии. Подобные факторы могут быть чрезвычайно разнообразны (от простого желания получить группу инвалидности до сложных психологических проблем, связанных с «уходом в болезнь») и манипулированием поведением близких людей). В подобных ситуациях прямой вопрос не имеет смысла и необходимы более объективные методы оценки приверженности. Кроме этого, пациент может скрывать перерывы в лечении и несоблюдение других рекомендаций в силу боязни расстроить лечащего врача, что также нередко служит причиной не вполне откровенного ответа на вопросы, касающиеся приверженности лечению. Иллюстрацией такого поведения служит так называемый феномен «зубной щетки», который выражается в том, что пациенты лучше соблюдают рекомендации по приему препаратов накануне визита к врачу, подобно тому, как мы особенно тщательно чистим зубы перед походом к стоматологу. Таким образом, расспрашивая пациента, врач нередко может получить ту информацию, которую хочет услышать, а не ту, что соответствует действительности [6].

В ряде случаев может быть полезной беседа с родственниками (или соседями по палате). Наконец, следует помнить о том, что плохая приверженность лечению — скорее норма человеческого поведения, чем какая-то личная особенность. Пациенты могут просто не отдавать себе отчет в том, что они плохо соблюдают предписанные рекомендации по приему препара-

ТАБЛИЦА 1

Сравнительная характеристика отдельных методов изучения комплаентности

Методы	Разновидности	Особенности
Прямые	Непосредственное наблюдение за терапией	Наиболее точный; трудноприменим в обычной клинической практике
	Измерение уровня лекарственного препарата или его метаболита в биологических жидкостях	Объективный; дорогостоящий, не содержит данных о регулярности приема препарата
	Измерение биологического маркера в биологических жидкостях	Объективный; дорогостоящий, не позволяет проводить оценку регулярности приема препарата
Косвенные	Сбор анамнеза, интервьюирование	Простой, недорогой; необъективный, результаты зависят от добросовестности пациента
	Использование специальных контейнеров для таблеток	Объективный, легкий в исполнении, недорогой; не позволяет получать информацию об истинно принятых препаратах и соблюдении режима приема
	Оценка клинического ответа	Легкий в исполнении; другие факторы, кроме комплаентности, могут влиять на клинический ответ
	Электронные мониторы	Точный, содержит информацию о режиме приема препаратов, позволяет проводить ежедневный мониторинг; дорогостоящий, технически сложный, не позволяет оценивать истинность приема препаратов
	Дневник пациента	Обеспечивает проведение своевременной корректировки лечения пациента; необъективный

тов, особенно если речь идет о многократном приеме в течение суток [7].

С целью повышения информативности опроса пациентов в отношении приверженности лечению создаются специализированные вопросники и шкалы оценки приверженности. Они, как правило, включают в себя не только вопросы, имеющие непосредственное отношение к соблюдению рекомендаций по приему препаратов и немедикаментозных методов лечения, но и вопросы общепсихологического характера, касающиеся готовности пациента к взаимодействию, ответственности, следованию советам и т. д.

Одним из самых простых тестов оценки приверженности лечению является тест Мориски—Грина [8], который включает 4 вопроса:

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Комплаентными согласно данному тесту являются пациенты, набирающие 4 балла (то есть ответившие на данные вопросы «нет» более 3 раз), некомплаентными — менее 3 баллов.

Иногда исследователи дополняют шкалу Мориски—Грина вопросом, касающимся приема пациентом препаратов, если он находится вне дома, в поездках, при приеме алкоголя и др. [9].

Проблема осознанного принятия и выполнения рекомендаций врача в целом комплексе лечебно-профилактических мероприятий требует серьезного изуче-

ния. Вполне традиционно, что вина за невыполнение предписаний возлагается на недобросовестного пациента. Вместе с тем пациент при общении с врачом изначально сталкивается с бесконечными строгими рекомендациями, которые в подавляющем количестве непонятны ему. Современная концепция информированного согласия позволяет устранить «страх неизвестного» и ограничить терапевтическую привилегию врача, но порождает новую проблему — страх пациента перед рисками лечения, о которых врач его проинформировал. И то и другое побуждает пациента настороженно относиться к рекомендациям врача и зачастую не следовать им, что в свою очередь усугубляет картину болезни. Такое поведение называется некомплаентным и является одной из основных причин неэффективности и затратности лечения [10].

В настоящее время идентифицировано более 250 факторов, так или иначе обуславливающих отношение пациентов к соблюдению режима терапии. В целом комплаенс отражает сложное взаимодействие этих факторов, конфигурация которых меняется в динамике заболевания [11]. Известно, что важную роль в формировании приверженности соблюдению режима терапии играет личность пациента, в частности внутренняя картина болезни [12].

Приверженность лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях [3]. Все причины, приводящие к плохой приверженности терапии, можно классифицировать на обусловленные:

- 1) поведенческими особенностями пациента;
- 2) профессиональными особенностями врача;
- 3) социально-экономическими факторами;
- 4) характером медицинского вмешательства.

Сравнительная характеристика факторов, обуславливающих низкую приверженность пациентов к медицинским программам, представлена в табл. 2.

В исследовании Mark Jeremy и David Goodfield [13] о приверженности лечению больных псориазом применялись следующие методы: подсчет числа препаратов, назначенных пациентам для перорального приема (до и после курса лечения), взвешивание средств для наружного лечения (до и после терапии), а также

интервьюирование пациентов. После статистической обработки полученных данных было установлено, что среди отдельных групп лиц (женщин; состоящих в браке; работающих и получающих бесплатную медицинскую помощь) приверженность терапии является более высокой. Также отмечается большая комплаентность пациентов, получавших наружное или комбинированное лечение со схемой приема препаратов 1 раз в день и лечившихся впервые (табл. 3).

ТАБЛИЦА 2

Сравнительная характеристика факторов, обуславливающих низкую приверженность пациентов к медицинским программам [7]

Факторы	Характеристика
Демографические	Возраст, пол, уровень образования, социально-экономический статус, социальная занятость, этническая принадлежность
Обусловленные медицинским вмешательством	Количество препаратов, кратность приема, размер и вкус таблетки, характер упаковки, длительность терапии, стоимость лечения, характер схемы терапии, вероятность и характер побочных эффектов
Обусловленные характером заболевания	Отсутствие или наличие симптомов, стабильность клинических симптомов
Обусловленные индивидуальными особенностями пациента	Понимание болезни и ее последствий, принятие угрозы здоровью, понимание выгоды терапии, в том числе экономической, мотивация пациента и семьи, участие пациента в решении возникающих проблем
Обусловленные характером взаимодействия «пациент — врач»	Обстоятельства визита, доступность помощи, качество и эффективность диалога, время и кратность визитов, отношение врача к пациенту и его болезни, адекватность предоставляемой пациенту информации

ТАБЛИЦА 3

Сравнительная характеристика комплаентности больных псориазом

Группа пациентов	Комплаентность, %
Женщины	77,9 ± 29,0
Мужчины	38,8 ± 24,0
Одинокие люди	44,2 ± 35,0
Состоящие в браке	78,2 ± 19,0
Работающие	68,9 ± 34,0
Безработные	43,9 ± 25,0
Лечатся впервые	90,1 ± 26,4
Лечатся повторно	46,9 ± 26,1
Есть побочные эффекты	45,7 ± 26,6
Нет побочных эффектов	73,3 ± 32,9
Только пероральная терапия	46,1 ± 30,0
Только наружная терапия	71,9 ± 34,0
Комбинированная терапия	74,2 ± 19,8
Высыпания на теле	69,6 ± 30,8
Высыпания на открытых участках	37,4 ± 27,0
Курящие	45,5 ± 30,0
Не курящие	86,0 ± 18,0
Употребляющие алкоголь	53,4 ± 30,0
Не употребляющие алкоголь	91,5 ± 29,0

Основными причинами пропуска лечения стали: употребление алкоголя, забывчивость, занятость. Был установлен интересный факт — пациенты, имеющие высыпания на лице, отличались более низкой комплаентностью по сравнению с теми, у которых был поражен кожный покров закрытых участков тела.

По результатам специально проведенных исследований больные псориазом по-разному оценивают назначаемые им методы терапии [14]:

- наиболее эффективной и одновременно трудоемкой признается фототерапия;
- 30% пациентов не проходят назначенный курс лечения до конца;
- более половины пациентов затрачивают на лечение своего заболевания менее 15 мин. в сутки;
- 10% пациентов затрачивают на лечение своего заболевания не менее 30 мин. в сутки;
- более 40% считают проблемы, связанные с лечением псориаза, более значительными, чем само заболевание.

Заболевания кожи вызывают инстинктивную негативную реакцию у людей. Поскольку кожа является основным органом социальной связи, больные хроническими дерматозами зачастую испытывают выраженный дискомфорт и психологическое напряжение.

В ходе исследований было установлено, что 90% пациентов учреждений дерматовенерологического профиля испытывают разочарование в процессе лечения, 88% ожидают ухудшения, 81% испытывают ощущение общего дискомфорта, а 75% — ощущение непривлекательности, 54% отмечают симптомы депрессии, 10% предпринимают попытки суицида [14].

Влияние социальных и экономических факторов на комплаентность пациентов существенно варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. В странах, в которых затраты на приобретение лекарственных препаратов почти полностью покрываются пациентами, что в большой степени справедливо для Российской Федерации, стоимость лечения приобретает немаловажное значение в последующей приверженности терапии.

При этом следует отметить, что осознание проблемы плохой приверженности лечению существенно различается между врачами и пациентами. Так, если 70% врачей считают, что некомплаентность — причина недостаточной эффективности терапии, то лишь 16% соответствующих пациентов разделяют эту точку зрения [15].

Среди причин низкой приверженности терапии ведущее место принадлежит побочным эффектам терапии.

Побочные эффекты терапии — одна из основных причин плохой приверженности лечению. При этом не всегда пациент может связывать ухудшение самочув-

ствия с лекарственной терапией и, наоборот, побочные эффекты присущи в определенной доле случаев и плацебо, что отражает субъективность оценки данного показателя.

По результатам одного из исследований в области кардиологии, в котором изучали отказы от продолжения лечения в зависимости от возникновения проблем, связанных с побочными эффектами, было показано, что увеличение числа побочных эффектов приводит к увеличению доли пациентов, прекративших лечение или самостоятельно изменивших режим терапии. Если доля пациентов, изменивших лечение, при отсутствии каких-либо проблем составляла 17%, то по мере появления от 1 до 3 побочных эффектов она увеличивалась до 29, 41 и 58% соответственно [16].

Самостоятельный отказ пациентов от лечения отмечается при побочных эффектах довольно часто. Это было подтверждено исследованием, в котором из 948 пациентов у 322 (34%) наблюдали в процессе лечения побочные эффекты. Лишь 78% сообщили о них своему врачу, тогда как остальные самостоятельно прекратили прием препаратов [17].

При этом в ходе терапии побочные эффекты когда-либо отмечаются у 36% пациентов, а у 17% они сохраняются на фоне продолжающегося лечения [18].

По результатам исследования J. Venson, 66% пациентов предпочитают не принимать постоянно лекарственные препараты, что обусловлено опасением возможного вреда от проводимого лечения (41%) [18]. При этом причиной, побуждающей больного к регулярному приему препаратов, лишь в 50% случаев служит реальное улучшение самочувствия.

Существует ряд психологических приемов, которые позволяют оценить вклад восприятия проблемы пациентом. К примеру, создана классификация пациентов на основе различных стадий процесса изменения мотивации к лечению:

Стадия 1 — «до размышления» — лица, даже не интересующиеся тем, как можно изменить что-либо в своей жизни с целью улучшения здоровья;

Стадия 2 — «размышление» — те, у кого есть интерес к проблеме;

Стадия 3 — «подготовка» — лица, готовые начать изменение жизни;

Стадия 4 — «действие» — лица, уже начавшие процесс лечения и изменения образа жизни;

Стадия 5 — «удержание» — лица, регулярно придерживающиеся измененного образа жизни.

По данным отдельных исследователей, независимо от патологии около 40% лиц, имеющих образ жизни высокого риска, находятся в стадии 1, 40% — в стадии 2 и только 20% — в стадии 3 [19].

Переход их из одной стадии в другую зависит от индивидуального соотношения аргументов «за» и «против».

В целях реального снижения показателей заболеваемости и смертности населения необходимо существенно улучшить отношение к приверженности лечению не только пациентов, но и врачей. Для обеспечения должной приверженности пациента лечению врачу необходимо правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении, учитывать в своей практической деятельности роль приверженности терапии в ее успехе и иметь возможность осуществлять должную кратность визитов пациентов и проведения с ними необходимых бесед в целях повышения приверженности терапии [20].

Кроме того, существуют специальные приемы повышения приверженности лечению пациентов:

1. Важно четко обозначить цель и задачи терапии (пациенты не могут быть привержены терапии, если они не понимают ее цели).

2. При проведении консультирования целесообразно оценить: наличие факторов, которые могут привести к снижению приверженности терапии; психологическую готовность пациента к началу терапии.

3. Важно обратить внимание на образ жизни пациента: каков его рабочий график; часто ли он путешествует; сможет ли он принимать лекарства на работе так, чтобы это никто не видел; каковы взаимоотношения в семье; кто из близких знает о терапии и может напомнить о приеме лекарств.

4. Целесообразно привлекать пациента к созданию плана лечения (пациент должен быть уверен в том, что его обеспечат необходимым количеством лекарств с учетом непредвиденных ситуаций).

5. Информирование пациента (информация стимулирует принятие решения о начале терапии, повышает мотивацию на лечение).

6. Обсуждение с пациентом возможных побочных эффектов от назначенных ему препаратов, информи-

рование пациента об изменении лабораторных показателей в процессе терапии.

Существует ряд методических приемов, которые рекомендуется использовать с целью улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» пациента. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня, например, бритье, чистка зубов и т. д. Напоминание по телефону, почте и при помощи электронных средств может быть чрезвычайно полезным. Весьма эффективным в повышении приверженности терапии оказывается соответствующая упаковка лекарственных препаратов в блистеры с указанием дней недели, что позволяет всегда обратить внимание пациента на пропущенную дозу. Также этому способствуют специальные коробочки для лекарств, которые имеют отсеки разного цвета для разных дней недели и позволяют принимать несколько препаратов по схеме без существенных отклонений даже пожилым пациентам. Входят в клиническую практику и автоматические системы телефонного мониторинга пациентов [21].

Врачам необходимо принимать правильное решение при основополагающем, первом контакте с пациентом, в условиях обычного для поликлинического приема дефицита времени.

Таким образом, комплаентность играет важную роль в успешности терапии, а качественное взаимодействие врача и пациента является залогом хорошего результата лечения. При этом в условиях модернизации отечественной системы здравоохранения и поэтапного перевода ее на одноканальное финансирование немаловажным является возможность реального экономического эффекта, основанного на понимании врачом, а через него — больными значения факторов комплаенса и расчета показателя затраты/эффективность лечения. ■

Литература

1. Allegra L. Deliberate non-compliance due to dislike of medications. *Eur Respir Rev* 1995; 5; 28: 170—172.
2. Seltzer A., Roncari I., Garfinkel P. Effect of patient education on medication compliance. *Can J Psychiatry* 1980; 25: 638—645.
3. Hill M.N., Miller N.H. Compliance Enhancement. A Call for Multidisciplinary Team Approaches. *Circulation* 1996; 93: 4—6.
4. Binhas E. Comment augmenter l'acceptation des plans de traitement. *Dialgue* 1999; 13—15.
5. Cowell W., Fulford-Smith A., Poultney S. Adherence with bisphosphonate treatment for osteoporosis in UK patients. Poster presented the second joint meeting of the European Calcified Tissue Society and the International Bone Mineral Society. Geneva, 25—29 June 2005.
6. Hill M., Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. Chapter 2002; 131: 390—392
7. Lahdenpera T.S., Wright C.C., Kyngas H.A. Development of a scale to assess the compliance of hypertensive patients. *Int J Nurs Stud* 2003 Sep; 40 (7): 677—84.
8. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care* 1986; 24: 67—73.
9. Strelec MA, Mion AM. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arc Bras Cardiol* 2003; 81: 349—54.
10. Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Скачкова О.Н. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность. *Социология медицины*, 2009; (1): 20.

11. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. Психиатр и психофармаколог, 2004; 6 (4).
12. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы. Consilium Medicum 2006; том 3, №4.
13. Zaghoul S.S., Jeremy M., Goodfield D. Objective Assessment of Compliance With Psoriasis Treatment. Arch Dermatol. 2004; 140: 408—414.
14. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Эффективность Инфликсимаба у больных псориазом. Русский медицинский журнал. 2005; 13, (16): 1069—1073.
15. Menard J., Chatellier G. Limiting factors in the control of blood pressure: why is there a gap between theory and practice? J Hum Hypertens 1995; 9 (suppl. 2): 19—23.
16. Wallenius S.H., Vainio K.K., Korhonen M.J. et al. Self-initiated modification of hypertension treatment in response to perceived problems. Ann Pharmacother 1995; 29: 1213—7.
17. Lip G.Y., Beevers G.D. Doctors, nurses, pharmacists and patients. The rational evaluation and choice in hypertension (REACH) survey of hypertension delivery. Blood Pressure 1997; 6: 6—11.
18. Benson J., Britten N. Keep taking the tablets. BMJ 2003; 326: 1314—7.
19. Prochaska J.O., Redding C.A., Evers K.E. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz K editor. Health behavior and health education: theory, research, and practice, 2nd edn. San Francisco; Jossey-Bass. 1997.
20. Горланов И.А., Микиртичан Г.Л., Заславский Д.В. и др. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии. Вестн. дерматол. и венерол., 2011; 1; 38—40.
21. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J Med 2205; 487—97.

УНИКАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ РИБАВИРИНА
В ФОРМЕ КРЕМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

ДЕВИРС®

рибавирин

крем для наружного применения 7,5% 15 г



- Синергический эффект в отношении возбудителя (при совместном применении с системной терапией)
- Преодоление резистентности к основной терапии
- Быстрое купирование рецидива
- Отсутствие резорбтивного действия

ВЕРТЕКС
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

ЗАО «Вертекс» Россия, 199026, Санкт-Петербург, В. О., 24-Линия, д. 27А, т./ф.: +7 (812) 329-30-42
Горячая линия: 8-800-2000-305 (звонок по России бесплатный) www.vertex.spb.ru