

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.1/9-08:614.253.8 (517.13) (083.13)

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19001>

ISSN – 2073-8137

Международная декларация о приверженности лечению 2023 («Омская декларация»): презентация для российских читателей

Н. А. Николаев¹, А. И. Мартынов², Ю. П. Скирденко¹, К. А. Андреев¹, А. В. Горбенко¹, С. Н. Авдеев³,
В. Н. Анисимов⁴, Г. П. Арутюнов⁵, Л. А. Ашрафян⁶, А. М. Бабунашвили⁷, Л. А. Балыкова⁸,
О. Л. Барбараш⁹, В. В. Бенберин¹⁰, Р. Валента¹¹, И. А. Васильева¹², О. И. Виноградов¹³,
А. Л. Гинцбург¹⁴, А. В. Горелов¹⁵, А. А. Гусейнов¹⁶, Л. Давидович¹⁷, Д. К. Ди Ренцо¹⁸,
О. М. Драпкина¹⁹, Л. Ю. Дроздова¹⁹, Д. Г. Иоселиани³, Д. Кайдарова²⁰, А. В. Караулов²¹,
Р. С. Карпов²², Ж. Д. Кобалава²³, А. О. Конради²⁴, Л. Б. Лазебник², В. К. Леонтьев²⁵, М. А. Ливзан¹,
А. М. Лила^{26, 27}, В. Н. Локшин²⁸, В. И. Мазуров²⁹, А. Г. Мартов^{30, 31}, А. О. Марьяндышев³²,
Ж. Массар^{33, 34}, Г. А. Мельниченко³⁵, С. В. Моисеев^{3, 31}, Л. С. Намазова-Баранова^{5, 36},
Н. Г. Незнанов^{37, 38}, В. В. Омельяновский^{27, 39, 40}, В. И. Петров⁴¹, И. В. Поддубная²⁷, Ю. С. Полушин³⁸,
С. В. Попов²², Ю. И. Рагино⁴², В. Е. Радзинский²³, Г. Е. Ройтберг⁵, Е. В. Ройтман^{5, 43}, О. О. Руммо⁴⁴,
С. А. Румянцев⁵, Л. В. Рычкова⁴⁵, В. И. Скворцова⁴⁶, В. А. Снежицкий⁴⁷, А. Г. Софронов²⁹,
Т. Станойкович⁴⁸, М. М. Танамян^{31, 49}, Х. П. Тахчиди⁵, О. Н. Ткачева^{5, 50}, В. В. Фадеев³, В. Х. Хавинсон⁵¹,
М. Р. Хаитов⁵², М. Ш. Хубутия²¹, К. Шаллер⁵³, О. О. Янушевич², Ю. А. Агафонова², Ф. Т. Агеев⁵⁴,
А. В. Антипов¹⁶, А. В. Аталян⁴⁵, В. А. Ахмедов¹, Л. Г. Бабичева^{5, 27}, В. Д. Вагнер^{1, 55}, И. А. Викторова¹,
Н. Л. Власова⁵⁶, И. А. Волчегорский⁵⁷, А. С. Галевич⁵⁸, О. В. Гаус¹, В. Г. Гомберг⁵⁹, А. Ю. Горшков¹⁹,
И. В. Друк¹, А. В. Ершов^{3, 60}, Е. В. Ефремова⁶¹, В. С. Задионченко², А. А. Зайцев⁶², С. К. Зырянов²³,
М. Ф. Калашникова³, С. С. Каневская⁶³, В. В. Кашталап⁹, С. В. Колбасников⁶⁴, К. О. Кондратьева⁴,
О. Ю. Кореннова¹, О. В. Корпачева¹, А. С. Коршунов¹, А. М. Кочергина⁹, А. Г. Кутихин⁹,
О. И. Лебедев¹, Н. Б. Лутова³⁷, А. Г. Малявин², В. Ю. Мареев³¹, Н. Б. Михайлова^{38, 65},
О. Л. Морозова³, Д. А. Напалков³, А. Н. Наркевич¹, А. О. Недошивин²², Г. И. Нечаева¹,
В. С. Никифоров²⁹, Е. И. Никишова³², М. К. Орджоникидзе¹⁴, В. А. Охлопков⁶⁰, Е. Б. Павлинова¹,
А. В. Пашков³⁶, А. Г. Петрова⁴⁵, А. В. Пискаков¹, А. В. Погодина⁴⁵, О. В. Попова¹⁶, А. П. Ребров⁶⁶,
И. В. Савельева¹, Р. И. Сайфутдинов⁶⁷, Л. Р. Селимзянова³⁶, Т. Ю. Семиглазова^{4, 29},
Н. В. Советкина^{29, 59}, М. Ю. Сорокин³⁷, А. А. Стремоухов⁵⁶, А. Н. Сурков^{5, 36}, Е. В. Суркова³,
Л. В. Сутурина⁴⁵, П. Д. Тищенко¹⁶, Е. А. Токарская¹⁴, Г. Ф. Тотчиев⁶⁸, Р. В. Тулупов¹, Г. С. Тумян^{27, 69},
В. П. Турин¹³, Г. М. Усов¹, Н. В. Устинова³⁶, М. М. Федорин¹, В. К. Федяева^{27, 39}, Т. В. Фофанова⁵⁴,
Е. В. Чебаненко⁷⁰, Р. Н. Шепель¹⁹, И. Г. Штейнборм¹, А. В. Ягода⁷¹, С. С. Якушин⁷²

¹ Омский государственный медицинский университет, Российская Федерация

² Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁵ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

⁶ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова, Москва, Российская Федерация

⁷ Российское научное общество интервенционных кардиологов, Москва, Российская Федерация

⁸ Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Саранск, Российская Федерация

⁹ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Российская Федерация

¹⁰ Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, Астана, Казахстан

¹¹ Венский медицинский университет, Австрия

¹² Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация

¹³ Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

¹⁴ Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного академика Н. Ф. Гамалеи, Москва, Российская Федерация

¹⁵ Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Российская Федерация

¹⁶ Институт философии РАН, Москва, Российская Федерация

¹⁷ Белградский университет, Сербия

-
- 18 Университет Перуджи, Италия
19 Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической
медицины, Москва, Российская Федерация
20 Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы, Казахстан
21 Институт клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, Москва, Российская Федерация
22 Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Российская Федерация
23 Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация
24 Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова,
Санкт-Петербург, Российская Федерация
25 Российская академия наук, Москва, Российская Федерация
26 Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой,
Москва, Российская Федерация
27 Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования,
Москва, Российская Федерация
28 МКЦР «PERSONA», Алматы, Казахстан
29 Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация
30 Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна,
Москва, Российская Федерация
31 Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Российская Федерация
32 Северный государственный медицинский университет, Архангельск,
Российская Федерация
33 Люксембургский университет, Люксембург
34 Страсбургский университет, Франция
35 Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии,
Москва, Российская Федерация
36 Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского,
Москва, Российская Федерация
37 Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Российская Федерация
38 Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И. П. Павлова, Российская Федерация
39 Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи, Москва, Российская Федерация
40 Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации, Москва, Российская Федерация
41 Волгоградский государственный медицинский университет, Российская Федерация
42 Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики
Сибирского отделения РАН, Новосибирск, Российская Федерация
43 Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии
и иммунологии им. Д. Рогачева, Москва, Российская Федерация
44 Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии,
Беларусь
45 Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека, Иркутск,
Российская Федерация
46 Федеральное медико-биологическое агентство, Москва, Российская Федерация
47 Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
48 Институт онкологии и радиологии Сербии, Белград, Сербия
49 Научный центр неврологии, Москва, Российская Федерация
50 Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва,
Российская Федерация
51 Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Российская Федерация
52 Государственный научный центр Институт иммунологии, Москва, Российская Федерация
53 Женевский университет, Швейцария
54 Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии
им. Е. И. Чазова, Москва, Российская Федерация
55 Национальный медицинский исследовательский центр Центральный научно-
исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
Москва, Российская Федерация
56 Ассоциация врачей общей практики СИРАНО, Москва, Российская Федерация
57 Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск,
Российская Федерация
58 Казанский государственный медицинский университет, Российская Федерация
59 Городской гериатрический центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

- ⁶⁰ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Российская Федерация
⁶¹ Ульяновский государственный университет, Российская Федерация
⁶² Главный военный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко, Москва, Российская Федерация
⁶³ Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Российская Федерация
⁶⁴ Тверской государственный медицинский университет, Российская Федерация
⁶⁵ Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой, Санкт-Петербург, Российская Федерация
⁶⁶ Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Российская Федерация
⁶⁷ Оренбургский государственный медицинский университет, Российская Федерация
⁶⁸ Московский медицинский университет «Реавиз», Российская Федерация
⁶⁹ Национальный медицинский исследовательский центр им. Н. Н. Блохина, Москва, Российская Федерация
⁷⁰ РусБИТех-Астра, Москва, Российская Федерация
⁷¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Российская Федерация
⁷² Рязанский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова, Российская Федерация

International Declaration of Adherence to Treatment 2023 («Omsk Declaration»): presentation for Russian readers

Nikolaev N. A. ¹, Martynov A. I. ², Skirdenko Yu. P. ¹, Andreev K. A. ¹, Gorbenko A. V. ¹, Avdeev S. N. ³, Anisimov V. N. ⁴, Arutyunov G. P. ⁵, Ashrafyan L. A. ⁶, Babunashvili A. M. ⁷, Balykova L. A. ⁸, Barbarash O. L. ⁹, Benberin V. V. ¹⁰, Valenta R. ¹¹, Vasil'eva I. A. ¹², Vinogradov O. I. ¹³, Gincburg A. L. ¹⁴, Gorelov A. V. ¹⁵, Gusejnov A. A. ¹⁶, Davidovich L. ¹⁷, Di Renzo G. C. ¹⁸, Drapkina O. M. ¹⁹, Drozdova L. Yu. ¹⁹, Ioseliani D. G. ³, Kaidarova D. ²⁰, Karaulov A. V. ²¹, Karpov R. S. ²², Kobalava Zh. D. ²³, Konradi A. O. ²⁴, Lazebnik L. B. ², Leont'ev V. K. ²⁵, Livzan M. A. ¹, Lila A. M. ^{26, 27}, Lokshin V. N. ²⁸, Mazurov V. I. ²⁹, Martov A. G. ^{30, 31}, Mar'yandyshev A. O. ³², Massard G. ^{33, 34}, Mel'nichenko G. A. ³⁵, Moiseev S. V. ^{3, 31}, Namazova-Baranova L. S. ^{5, 36}, Neznanov N. G. ^{37, 38}, Omel'yanovskij V. V. ^{27, 39, 40}, Petrov V. I. ⁴¹, Poddubnaya I. V. ²⁷, Polushin Yu. S. ³⁸, Popov S. V. ²², Ragino Yu. I. ⁴², Radzinskij V. E. ²³, Rojtemberg G. E. ⁵, Rojzman E. V. ^{5, 43}, Rummo O. O. ⁴⁴, Rumyancev S. A. ⁵, Rychkova L. V. ⁴⁵, Skvortsova V. I. ⁴⁶, Snezhitskiy V. A. ⁴⁷, Sofronov A. G. ²⁹, Stanojkovic T. ⁴⁸, Tanashyan M. M. ^{31, 49}, Tahchidi H. P. ⁵, Tkacheva O. N. ^{5, 50}, Fadeev V. V. ³, Havinson V. H. ⁵¹, Haitov M. R. ⁵², Hubutiya M. Sh. ²¹, Schaller K. ⁵³, Yanushevich O. O. ², Agafonova Yu. A. ², Ageev F. T. ⁵⁴, Antipov A. V. ¹⁶, Atalyan A. V. ⁴⁵, Ahmedov V. A. ¹, Babicheva L. G. ^{5, 27}, Vagner V. D. ^{1, 55}, Viktorova I. A. ¹, Vlasova N. L. ⁵⁶, Volchegorskij I. A. ⁵⁷, Galyavich A. S. ⁵⁸, Gaus O. V. ¹, Gomberg V. G. ⁵⁹, Gorshkov A. Yu. ¹⁹, Druk I. V. ¹, Ershov A. V. ^{3, 60}, Efremova E. V. ⁶¹, Zadionchenko V. S. ², Zajcev A. A. ⁶², Zyryanov S. K. ²³, Kalashnikova M. F. ³, Kanevskaya S. S. ⁶³, Kashtalap V. V. ⁹, Kolbasnikov S. V. ⁶⁴, Kondrat'eva K. O. ⁴, Korennova O. Yu. ¹, Korpacheva O. V. ¹, Korshunov A. S. ¹, Kochergina A. M. ⁹, Kutiĥin A. G. ⁹, Lebedev O. I. ¹, Lufova N. B. ³⁷, Malyavin A. G. ², Mareev V. Yu. ³¹, Mihajlova N. B. ^{38, 65}, Morozova O. L. ³, Napalkov D. A. ³, Narkevich A. N. ¹, Nedoshivin A. O. ²², Nechaeva G. I. ¹, Nikiforov V. S. ²⁹, Nikishova E. I. ³², Ordzhonikidze M. K. ¹⁴, Ohlopov V. A. ⁶⁰, Pavlinova E. B. ¹, Pashkov A. V. ³⁶, Petrova A. G. ⁴⁵, Pisklavov A. V. ¹, Pogodina A. V. ⁴⁵, Popova O. V. ¹⁶, Rebrov A. P. ⁶⁶, Savel'eva I. V. ¹, Sajfutdinov R. I. ⁶⁷, Selimzyanova L. R. ³⁶, Semiglazova T. Yu. ^{4, 29}, Sovetkina N. V. ^{29, 59}, Sorokin M. Yu. ³⁷, Stremouhova A. A. ⁵⁶, Surkov A. N. ^{5, 36}, Surkova E. V. ³, Suturina L. V. ⁴⁵, Tishchenko P. D. ¹⁶, Tokarskaya E. A. ¹⁴, Totchiev G. F. ⁶⁸, Tulupov R. V. ¹, Tumyan G. S. ^{27, 69}, Tyurin V. P. ¹³, Usov G. M. ¹, Ustinova N. V. ³⁶, Fedorin M. M. ¹, Fedyaeva V. K. ^{27, 39}, Fofanova T. V. ⁵⁴, Chebanenko E. V. ⁷⁰, Shepel' R. N. ¹⁹, Shtejnborm I. G. ¹, Yagoda A. V. ⁷¹, Yakushin S. S. ⁷²

- ¹ Omsk State Medical University, Russian Federation
² Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation
³ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russian Federation
⁴ National Medical Research Center of Oncology named after N. N. Petrov, Saint Petersburg, Russian Federation
⁵ Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov, Moscow, Russian Federation
⁶ National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V. I. Kulakov, Moscow, Russian Federation
⁷ Russian Scientific Society of Interventional Cardiologists, Moscow, Russian Federation
⁸ N. P. Ogarev National Research Mordovian State University, Saransk, Russian Federation

- 9 Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russian Federation
- 10 Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan
- 11 Vienna Medical University, Austria
- 12 National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russian Federation
- 13 N. I. Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russian Federation
- 14 N. F. Gamalei Honorary Academy of Epidemiology and Microbiology, Moscow, Russian Federation
- 15 Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russian Federation
- 16 Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation
- 17 University of Belgrade, Serbia
- 18 University of Perugia, Italy
- 19 National Medical Research Center of Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
- 20 Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty, Kazakhstan
- 21 N. V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Moscow, Russian Federation
- 22 Tomsk National Research Medical Center of the RAS, Russian Federation
- 23 Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation
- 24 Almazov National Research Medical Center, Saint Petersburg, Russian Federation
- 25 Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation
- 26 V. A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russian Federation
- 27 Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education, Moscow, Russian Federation
- 28 ICCR «PERSONA», Almaty, Kazakhstan
- 29 North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation
- 30 A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russian Federation
- 31 Lomonosov Moscow State University, Russian Federation
- 32 Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation
- 33 University of Luxembourg, Luxembourg
- 34 University of Strasbourg, France
- 35 National Medical Research Center of Endocrinology, Moscow, Russian Federation
- 36 Russian Scientific Research Center named after Academician B. V. Petrovsky, Moscow, Russian Federation
- 37 National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after V. M. Bekhterev, Saint Petersburg, Russian Federation
- 38 The First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Russian Federation
- 39 Center for Expertise and Quality Control of Medical Care, Moscow, Russian Federation
- 40 Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation
- 41 Volgograd State Medical University, Russian Federation
- 42 Institute of Cytology and Genetics SB RAS, Novosibirsk, Russian Federation
- 43 D. Rogachev National Research Center for Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russian Federation
- 44 Minsk Scientific and Practical Center for Surgery, Transplantation and Hematology, Belarus
- 45 Scientific Center for Family Health and Human Reproduction, Irkutsk, Russian Federation
- 46 Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russian Federation
- 47 Grodno State Medical University, Belarus
- 48 Institute of Oncology and Radiology of Serbia, Belgrade, Serbia
- 49 Scientific Center of Neurology, Moscow, Russian Federation
- 50 Russian Gerontological Scientific and Clinical Center, Moscow, Russian Federation
- 51 Saint Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, Russian Federation
- 52 Institute of Immunology, Moscow, Russian Federation
- 53 University of Geneva, Switzerland
- 54 National Medical Research Center of Cardiology named after E. I. Chazov, Moscow, Russian Federation
- 55 National Medical Research Center Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russian Federation
- 56 Association of General Practitioners, Moscow, Russian Federation
- 57 South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation
- 58 Kazan State Medical University, Russian Federation
- 59 City Geriatric Center, Saint Petersburg, Russian Federation
- 60 Federal Scientific and Clinical Center for Intensive Care and Rehabilitation, Moscow, Russian Federation
- 61 Ulyanovsk State University, Russian Federation

- ⁶² The Main Military Clinical Hospital named after Academician N. N. Burdenko, Moscow, Russian Federation
⁶³ Belgorod State National Research University, Russian Federation
⁶⁴ Tver State Medical University, Russian Federation
⁶⁵ R. M. Gorbacheva Research Institute of Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, Saint Petersburg, Russian Federation
⁶⁶ Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Russian Federation
⁶⁷ Orenburg State Medical University, Russian Federation
⁶⁸ Moscow Medical University «Reaviz», Russian Federation
⁶⁹ N. N. Blokhin National Medical Research Center, Moscow, Russian Federation
⁷⁰ RusBITech-Astra, Moscow, Russian Federation
⁷¹ Stavropol State Medical University, Russian Federation
⁷² Ryazan State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Russian Federation

Освещаются основные принципы и подходы, сформированные в Международной декларации о приверженности лечению. Наряду с публикацией текста Декларации, прокомментированы основные её положения. Выделена важность оценки потенциальной приверженности лечению и комплексной оценки приверженности. Предлагается рассматривать приверженность лечению как плохо корригируемый или некорригируемый фактор, снижающийся со временем. На основании этого в медицинской практике рекомендовано переходить от модификации недостаточной приверженности пациента к модификации медицинских вмешательств на основе приверженности. Кроме оценки приверженности лечению пациентов, предложено оценивать приверженность лечению их законных представителей, а также учитывать приверженность при разработке профилактических программ и программ диспансеризации. Выделена необходимость просвещения и подготовки в области приверженности как медицинского персонала, так и медицинских преподавателей.

Ключевые слова: декларация, приверженность лечению, фактическая приверженность, потенциальная приверженность, комплексная оценка приверженности, опросник приверженности

The article covers the main principles and approaches that was formed in the International Declaration of Commitment to Treatment. Along with the publication of the Declaration text, its main provisions are commented on. The importance of assessing the potential adherence to treatment and a comprehensive assessment of adherence is highlighted. It is proposed to consider the adherence to treatment as a poorly corrected or non-corrected factor that decreases over time. Based on this, it is recommended in medical practice to get away from modifying the patient's lack of commitment to modifying medical interventions based on commitment. In addition to assessing patients' obedience to treatment, it is proposed to evaluate the devotion to treatment of their legal representatives, as well as to take into account the strict observance during the development of the preventive and medical examination programs. The need for education and training in the field of commitment of both medical personnel and medical teachers is essential.

Keywords: declaration, treatment commitment, actual commitment, potential commitment, comprehensive assessment of commitment, commitment questionnaire

Для цитирования: Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Андреев К. А., Горбенко А. В. [и др.]. Международная декларация о приверженности лечению 2023 («Омская декларация»): презентация для российских читателей. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2024;19(1):1-9. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19001>

For citation: Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Andreev K. A., Gorbenko A. V. [et al.]. International Declaration of Adherence to Treatment 2023 («Omsk Declaration»): Presentation for Russian readers. *Medical News of North Caucasus*. 2024;19(1):1-9. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19001> (In Russ.)

В августе 2023 г. в г. Омске (Россия) на заседании Международной коллаборации по изучению приверженности (International Collaboration on Adherence to Treatment, ICAT) была принята Декларация о приверженности лечению 2023 («Омская декларация»). В ноябре 2023 г. её текст на языках членов коллаборации – русском, белорусском, итальянском, казахском, немецком, сербском, французском, а также английском – был включен в международное методическое руководство, посвященное приверженности лечению в клинической практике [1]. При этом в специализированных периодических научных изданиях до настоящего времени Декларация не публиковалась.

Ниже мы приводим официальный текст Декларации.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ («ОМСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ»)

Мы, специалисты в области медицины, образования и науки, представители разных стран и систем здравоохранения, понимая необходимость индивидуализации лечения и профилактики как основы повышения эффективности медицинской помощи, целью которой является продление качественной жизни, уважая роль и ответственность пациента в формировании своего здоровья, приняли настоящую Декларацию.

В отношении приверженности мы разделяем и призываем поддержать следующие утверждения:

1. Приверженность лечению является одним из важнейших факторов, влияющих на успех и исход медицинских вмешательств.

2. Оценка потенциальной приверженности лечению у лиц, не имеющих клинических проявлений заболеваний или не получающих лекарственную терапию, так же значима, как оценка приверженности лечению у больных, поскольку способна предоставить дополнительные возможности для предупреждения возникновения, прогрессирования и реализации факторов риска соматических заболеваний.

3. В большинстве случаев оценивать только лекарственную приверженность недостаточно. Для повышения эффективности лечебных и профилактических вмешательств необходима комплексная оценка приверженности лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению у больных, а также аналогичная комплексная оценка потенциальной приверженности у здоровых и лиц, не имеющих симптомов заболеваний или не получающих лечение.

4. Организаторы и поставщики медицинской помощи, включая врачей и средний медицинский персонал, недостаточно информированы о важности оценки приверженности и связанных с ней особенностях лечения и профилактики. Поэтому изучение вопросов приверженности необходимо включать в программы подготовки и усовершенствования медицинских специалистов всех уровней – как студентов медицинских колледжей, факультетов и университетов, так и практикующих врачей, а также педагогов, их обучающихся.

5. В национальных и международных клинических рекомендациях, медицинских руководствах и консенсусах для дополнительного повышения эффективности лечения и профилактики целесообразно предусмотреть разделы, посвященные приверженности лечению и индивидуализации медицинских вмешательств с учетом приверженности.

6. При оказании лечебной и профилактической помощи, в первую очередь больным хроническими заболеваниями, комплексная оценка приверженности должна стать рутинным методом медицинской практики. Целесообразно ранжировать приверженность на высокую, среднюю и низкую, в соответствии с применяемыми инструментами её оценки. В целях лечения и профилактики в качестве достаточной, то есть не требующей коррекции лечебных или профилактических вмешательств, следует расценивать только высокую приверженность. Среднюю и низкую приверженность лечению следует расценивать как недостаточную.

7. Приверженность лечению следует рассматривать как плохо коррелируемый или некорректируемый фактор. Успех известных мероприятий, направленных на повышение или поддержание приверженности, в большинстве случаев кратковременный или сомнительный. Поэтому в случаях, когда пациентам с низкой или недостаточной приверженностью необходимо продолжительные вмешательства, связанные с лечением, модификацией образа жизни или медицинским сопровождением, целесообразно адаптировать такие вмешательства к выявленной приверженности. То же самое относится к профилактическим мероприятиям у лиц с низкой или недостаточной потенциальной приверженностью лечению.

8. В случаях, когда вследствие возраста, сниженных когнитивных функций или иных причин, ограничивающих самостоятельное принятие решений, за здоровье или лечение пациента отвечают его законные представители – родители, попечители или иные лица, целесообразна соответствующая оценка приверженности таких законных представителей.

9. В соответствии с национальными программами здравоохранения, целесообразно оценивать фактическую либо потенциальную приверженность во всех случаях, когда разрабатываются общие или персональные программы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Приоритетной является оценка приверженности у учащихся школ и гимназий, студентов колледжей и университетов, а также работников всех возрастов.

10. Профилактику ведущих факторов риска как среди больных, так и среди здоровых лиц следует основывать на результатах комплексной оценки приверженности и потенциальной приверженности. Наибольшее внимание со стороны медицинских работников должно уделяться лицам с недостаточной приверженностью лечению.

11. Необходимо объединять национальные и международные усилия по улучшению имеющихся и созданию новых инструментов и технологий оценки приверженности и потенциальной приверженности. Приоритет в этом случае следует отдавать инструментам и технологиям, обеспечивающим комплексную оценку приверженности количественными или полуквантитативными методами, а также мерам, направленным на повышение точности прогноза при уменьшении трудоемкости и времени, затрачиваемого на получение, анализ и интерпретацию результатов.

12. При организации и проведении научных исследований, направленных на создание или тестирование лекарственных средств, методов или способов лечения, приверженность и потенциальная приверженность должны являться одними из важных факторов отбора для включения в исследование. В такие исследования целесообразно включать только лиц высокоприверженных лечению. При оценке видов, методов или способов лечения следует учитывать приверженность как фактор, способный значительно повлиять на результат таких исследований.

Мы призываем ученых, врачей и педагогов всех стран наращивать и объединять усилия по исследованиям в области приверженности. Создание открытых исследовательских групп и международных научных агломераций будет способствовать открытому, непредвзятому и согласованному поиску научных и профессиональных решений.

Мы призываем национальные и международные профессиональные медицинские и научные сообщества активно поддерживать изучение вопросов приверженности в соответствии с профилями их деятельности и внедрять согласованные и доказанные результаты в области приверженности в существующие и создаваемые руководства, рекомендации и аналогичные им документы.

Мы призываем всех авторов и специалистов распространять полученные знания в области приверженности на условиях открытого доступа (Open Access), без каких-либо ограничений.

Настоящая Декларация открыта к присоединению и подписанию всеми заинтересованными специалистами в области медицины, образования и науки, разделяющими её положения.

Принято на заседании Международной научной коллаборации по изучению приверженности
Омск (Россия), 7 августа 2023 года

Принятию Декларации предшествовала длительная и масштабная работа вначале российского, а затем международного коллектива исследователей,

направленная на актуализацию и систематизацию знаний в области медицинской приверженности.

Первым документом, определяющим общие подходы участников коллаборации, стал принятый в 2017 г. Российским научным медицинским обществом терапевтов (РНМОТ) и одобренный на XII Национальном конгрессе терапевтов «Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению» [2]. Ключевым положением консенсуса стало согласованное решение о необходимости возможно широкого изучения приверженности в реальной медицинской практике, используя для этого в качестве основного инструмента анкетирование (стандартизированные опросники).

Дальнейшее развитие отечественных исследований, направленных на поиск оптимальных решений количественной оценки приверженности и разработку на её основе алгоритмов врачебных решений, позволило подготовить и опубликовать в 2020 г. два новых документа, поддержанных уже семью профессиональными медицинскими ассоциациями: согласительный документ – клинические рекомендации «Управление лечением на основе приверженности» [3] и согласительный документ – клинические рекомендации «Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов» [4]. Закономерным результатом этого этапа работы стало издание в 2022 г. билингвального (на русском и английском языках) российского национального руководства «Приверженность лечению» [5], на основе которого в 2023 г. была опубликована его краткая версия для практических врачей [6].

Вхождение в 2023 г. в состав научной коллаборации видных ученых Австрии, Беларуси, Италии, Казахстана, Сербии, Франции и Швейцарии, представляющих различные системы организации медицинской помощи, значительно расширило поле обсуждаемых вопросов и привело к необходимости принятия объединительного документа, выражающего ключевые позиции членов коллаборации, которые затем могут быть транслированы как в рекомендации профессиональных медицинских сообществ национальных систем здравоохранения, так и в надгосударственные медицинские рекомендации.

Двенадцать сформулированных и единогласно поддержанных утверждений составили основу принятой Декларации. Мы предлагаем российскому читателю обратить внимание на следующие её аспекты.

ПЕРВЫЙ. Определена важность оценки потенциальной приверженности лечению. Исследователями и врачами традиционно оценивается фактическая приверженность лечению, то есть способность пациента, получившего врачебные рекомендации в отношении приема лекарственных средств, режимов медицинского сопровождения и изменения образа жизни, такие рекомендации выполнять. Однако существует множество ситуаций, когда оценить фактическую приверженность невозможно, прежде всего – когда лекарственная терапия еще не назначена и рекомендации не даны, но оценка приверженности необходима, например, для оценки выполнимости стартовой терапии или иных медицинских вмешательств. Длительное время эта проблема оставалась нерешаемой в связи с отсутствием инструментов адекватной оценки потенциальной приверженности. С разработкой соответствующих шкал [7–10] техни-

ческие сложности для оценки потенциальной приверженности были устранены, и главной проблемой теперь является малая информированность врачебного и научного сообщества о существовании такой возможности, в том числе о применимости ее в рутинной медицинской практике.

ВТОРОЙ. Выделена важность комплексной оценки приверженности. Традиционный подход, основанный на изолированной оценке только лекарственной приверженности, давно не отвечает потребностям сегодняшнего дня. Лечение пациентов, в первую очередь страдающих хроническими или длительно протекающими заболеваниями, наряду с прогнозом приверженности лекарственной терапии, почти всегда требует оценки их приверженности модификации образа жизни (коррекция привычек и зависимостей, пищевое поведение, двигательный режим и т. д.) и медицинскому сопровождению (выполнимость лабораторных и инструментальных исследований, визитов в медицинскую организацию и пр.). Как и в случае оценки потенциальной приверженности, возможность одномерной комплексной оценки приверженности была ограничена отсутствием необходимого инструментария. Однако в России эту проблему полностью решило использование опросников системы КОП-25 [1, 5, 9]. Появление англоязычной версии системы теперь решает её и для иностранных пользователей.

ТРЕТИЙ. Большинство отечественных и зарубежных исследований показывает, что приверженность лечению следует рассматривать как плохо корригируемый или некорригируемый фактор. В большинстве случаев при лечении пациентов с хроническими заболеваниями приверженность снижается со временем. Известные же в настоящее время методы и способы повышения и поддержания приверженности либо кратковременны и малоэффективны, либо очень дорогостоящи. В тех же случаях (например, при проведении «школ пациентов» и других образовательных поддерживающих мероприятий), когда удается показать их эффективность, исследователи часто сталкиваются с эффектом «смещенной базы», когда на включение в такие мероприятия преимущественно отвечают пациенты с изначально высокой приверженностью лечению, в то время как менее приверженные их избегают. Это делает необходимым, там, где возможно, разрабатывать и применять в медицинской практике альтернативный подход – вместо попыток модификации недостаточной приверженности пациента переходить к модификации медицинских вмешательств, учитывающих недостаточную приверженность.

ЧЕТВЕРТЫЙ. Существует большое количество ситуаций, когда оценка приверженности лечению с помощью специализированных опросников у конкретного пациента невозможна. Типичными примерами являются малолетние дети, а также пациенты, требующие специального ухода (в первую очередь – с явлениями деменции или иными нарушениями психики), находящиеся частично или полностью в зависимости или на попечении иных лиц – родителей, детей, социальных работников и т. д. В этом случае важной становится комплексная оценка приверженности лечению не пациента, а их законных представителей (попечителей). Поскольку необходимые инструменты такой оценки созданы [1, 5, 6], большое значение теперь приобретают исследования в этом направлении, обеспечивающие разработку алгоритмов и рекомендаций по лечению пациентов с участием их представителей.

ПЯТЫЙ. В настоящее время приверженность (потенциальная приверженность) не учитывается при разработке профилактических программ и программ диспансеризации. Вместе с тем часто невысокая эффективность многих таких программ очевидно во многом связана с различной приверженностью к профилактическим и диспансерным мероприятиям со стороны их участников. Применение инструментов комплексной оценки фактической и потенциальной приверженности, адаптированных к различным возрастным группам [11–13], позволит реализовать новые подходы, улучшающие эффективность профилактических мер, направленных на повышение качества и продолжительности жизни.

ШЕСТОЙ. Учет индивидуальной приверженности лечению является малозатратной и при этом эффективной мерой, позволяющей даже в условиях дефицита ресурсов повысить качество медицинской помощи. Вместе с тем до сих пор роль оценки приверженности недооценена, внимания в клинических рекомендациях ей почти не уделяется, а применение в медицинской практике подходов, основанных на приверженности, крайне незначительно. Одной

из главных причин этого является низкая информированность не только медицинских работников, но и их поставщиков профессиональной информации – в первую очередь профессорско-преподавательского состава медицинских вузов. Поэтому задачу просвещения и подготовки в области приверженности не только медицинского персонала, но и представителей системы медицинского образования авторы Декларации считают одной из наиболее важных.

Таким образом, в Декларации конкретизированы те ключевые положения в области приверженности лечению, которые на современном этапе развития научного знания продемонстрировали свою наибольшую перспективность и значимость.

Расширение и структурирование аудитории для оценки приверженности, повышение требований к инструментарию такой оценки и смещение акцентов с управления приверженностью на управление лечением, основанным на приверженности – вот наиболее значимый тренд, который сформулирован в этом документе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Авдеев С. Н., Анисимов В. Н. [и др.]. Приверженность в клинической практике: Международное методическое руководство. Москва: Издательский дом Академии Естествознания, 2023. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Avdeev S. N., Anisimov V. N. [et al.]. Adherence to treatment in clinical practice: International methodological guide. Moscow: Izdatel'skiy dom Akademii Estestvoznaniya, 2023. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17513/np.573>
2. Драпкина О. М., Ливзан М. А., Мартынов А. И., Моисеев С. В., Николаев Н. А. [и др.]. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2018;13(1.2):259-271. [Drapkina O. M., Livzan M. A., Martynov A. I., Moiseev S. V., Nikolaev N. A. [et al.]. The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza*. – *Medical News of North Caucasus*. 2018;13(1.2):259-271. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>
3. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Авдеев С. Н., Анисимов В. Н. [и др.]. Управление лечением на основе приверженности. *Consilium Medicum*. 2020;22(5):9-18. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Avdeev S. N., Anisimov V. N. [et al.]. Management of treatment on the basis of adherence. *Consilium Medicum*. 2020;22(5):9-18. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.26442/20751753.2020.5.200078>
4. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Анисимов В. Н., Васильева И. А. [и др.]. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2020;15(4):461-468. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Anisimov V. N., Vasil'eva I. A. [et al.]. Treatment management based on adherence: patient recommendation algorithms. Cross-disciplinary guidelines. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza*. – *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(4):461-468. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109>
5. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Авдеев С. Н., Анисимов В. Н. [и др.]. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Москва: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Avdeev S. N., Anisimov V. N. [et al.]. Treatment adherence. Russian National Guidelines. Moscow: Izdatel'skiy dom Akademii Estestvoznaniya, 2022. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17513/np.541>
6. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Авдеев С. Н., Анисимов В. Н. [и др.]. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. *Терапия*. 2023;9:S1(63):1-108. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Avdeev S. N., Anisimov V. N. [et al.]. Adherence to treatment. The Russian national leadership. A short edition for practitioners. *Terapiya*. – *Therapy*. 2023;9:S1(63):1-108. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18565/therapy.2023.1suppl.1-108>
7. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия*. 2018;27(1):74-78. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P. The Russian universal questionnaire for the quantitative assessment of treatment adherence (CAA-25). *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. – *Clinical Pharmacology and Therapy*. 2018;27(1):74-78. (In Russ.)].
8. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Драпкина О. М., Ливзан М. А., Моисеев С. В. [и др.]. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению (одобрен XII Национальным конгрессом терапевтов – Москва, 22–24 ноября 2017 г.). *Терапия*. 2018;23(5):11-32. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Drapkina O. M., Livzan M. A., Moiseev S. V. [et al.]. The First Russian Consensus on the Quantitative Assessment of Treatment Adherence (approved by the XII National Congress of Therapists – Moscow, November 22–24, 2017). *Terapiya*. – *Therapy*. 2018;23(5):11-32. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18565/therapy.2018.5.11-32>
9. Андреев К. А., Скирденко Ю. П., Николаев Н. А., Ливзан М. А., Горбенко А. В. [и др.]. Приверженность модификации образа жизни при неалкогольной жировой болезни печени. *Бюллетень сибирской медицины*. 2021;20(4):112-122. [Andreev K. A., Skirdenko Yu. P., Nikolaev N. A., Livzan M. A., Gorbenko A. V. [et al.]. Adherence to lifestyle modification in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Byulleten' sibirskoy mediciny*. – *Bulletin of Siberian Medicine*. 2021;20(4):112-122. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-4-112-122>
10. Горбенко А. В., Скирденко Ю. П., Николаев Н. А., Ливзан М. А., Андреев К. А. [и др.]. Низкий уровень приверженности к лекарственной терапии у пациентов гастроэнтерологического профиля. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2021;192(8):134-141. [Gorbenko A. V., Skirdenko Yu. P., Nikolaev N. A., Livzan M. A., Andreev K. A. [et al.]. Potent-

- tial adherence to treatment in gastroenterological patients. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;192(8):134-141. (In Russ.)).
<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-134-141>
11. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., Балабанова А. А., Горбенко А. В., Андреев К. А. [и др.]. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2021;17(6):845-852. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P., Balabanova A. A., Gorbenco A. V., Andreev K. A. [et al.]. The scale of quantitative assessment adherence to treatment «QAA-25»: updating of formulations, constructive and factor validity and a measure of consent. *Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(6):845-852. (In Russ.)).
<https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-12-12>
12. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., Павлинова Е. Б., Андреев К. А., Горбенко А. В. [и др.]. Опросник количественной оценки приверженности лечению: модификация для подростков 15–17 лет, валидизация и оценка надежности. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2022;67(5):72-77. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P., Pavlinova E. B., Andreev K. A., Gorbenco A. V. [et al.]. Questionnaire for quantitative assessment of treatment adherence: modification for adolescents aged 15–17 years, validation, and reliability assessment. *Rossiyskiy vestnik Perinatologii i Pediatrii*. – *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2022;67(5):72-77. (In Russ.)).
<https://doi.org/10.21508/1027-4065-2022-67-5-72-77>
13. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., Андреев К. А., Горбенко А. В., Павлинова Е. Б. [и др.]. Специализированная анкета системы опросников КОП-25 для оценки потенциальной приверженности лечению подростков 12–14 лет: надежность и внутренняя устойчивость. *Педиатрическая фармакология*. 2023;20(5):420-426. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P., Andreev K. A., Gorbenco A. V., Pavlinova E. B. [et al.]. Specialized questionnaire of the QAA-25 questionnaire system for assessing the potential adherence to treatment of adolescents aged 12–14 years: reliability and internal stability. *Pediatricheskaya farmakologiya*. – *Pediatric Pharmacology*. 2023;20(5):420-426. (In Russ.)).
<https://doi.org/10.15690/pf.v20i5.2616>

Поступила 18.12.2023

© Коллектив авторов, 2024
УДК 616.15:616.379-008.64
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19002>
ISSN – 2073-8137

Сравнительный анализ биомаркеров сосудистых поражений при кардиоваскулярной, метаболической и иммуновоспалительной патологии

А. Р. Бабаева¹, М. А. Осадчук², К. С. Солоденкова², А. А. Тарасов¹

¹ Волгоградский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

Comparative analysis of vascular lesion biomarkers in cardiovascular, metabolic and immuno-inflammatory pathologies

Babaeva A. R.¹, Osadchuk M. A.², Solodenkova K. S.², Tarasov A. A.¹

¹ Volgograd State Medical University, Russian Federation

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Russian Federation

С целью определения патогенетической роли и диагностической значимости маркеров эндотелиальной дисфункции (ЭД), системного воспаления (СВ) и аутоиммунитета при сердечно-сосудистой, метаболической и иммуновоспалительной патологии проведено определение эндотелина-1 (ЭТ), фактора Виллебранда (ФВ), эндотелиальной NO-синтазы (eNOs), ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-6, антител к компонентам соединительной ткани в крови 160 пациентов с ХИБС, 132 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), 94 пациентов с ожирением (О)/метаболическим синдромом (МС), 124 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 60 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и 40 практически здоровых лиц методом ИФА. Установлено, что в сыворотке крови пациентов с ХИБС, СД 2 типа и О/МС уровень исследованных биомаркеров не достигает значений, характерных для РА, но достоверно превышает соответствующие показатели у пациентов с АГ и практически здоровых лиц. Полученные результаты подтверждают роль иммунного воспаления в развитии сосудистых поражений при атеросклерозе и метаболических нарушениях и могут быть использованы в клинической практике.

Ключевые слова: ХИБС, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, ожирение, ревматоидный артрит, маркеры эндотелиальной дисфункции, провоспалительные цитокины, антитела к компонентам соединительной ткани