



**А.Н. Миц,**

Областное государственное бюджетное учреждения здравоохранения «Борисовская центральная районная больница», пгт. Борисовка, Белгородская область, Россия, e-mail: Dr.Mits@yandex.ru

**А.А. Бондарев,**

д.м.н., Областное государственное бюджетное учреждения здравоохранения «Борисовская центральная районная больница», пгт. Борисовка, Белгородская область, Россия, e-mail: Borisovka-crb@yandex.ru

**С.Н. Гонтарев,**

д.м.н., профессор, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия, e-mail: Znamisng@mail.ru

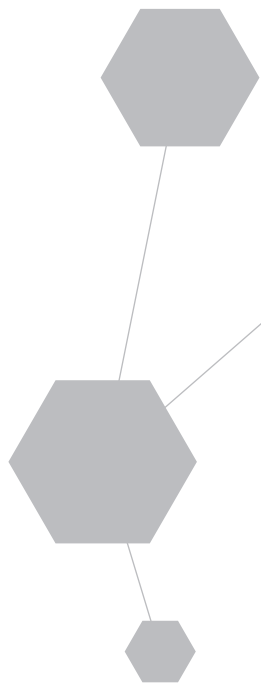
## КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

УДК 614.253.1

Миц А.Н., Бондарев А.А., Гонтарев С.Н. Клиническая значимость взаимоотношения врача и пациента (обзор литературы) (Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Борисовская центральная районная больница», пгт. Борисовка, Белгородская область, Россия; Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия)

**Аннотация.** В данном литературном обзоре собраны исследования, законы, а так же различные модели взаимодействия врача и пациента в системе медицинского обслуживания. Детально рассмотрен вопрос о приверженности пациента к лечению на основании уровня доверия к врачу, осуществлен анализ концепций различных моделей взаимодействия, а также определены конкретные их условия, представленные в научной литературе авторами стран СНГ и Европы. В основе определения цели обзора был анализ различных вариантов, направленных на развитие взаимоотношений врача и пациента в здравоохранении. Основываясь на данных, авторы предложили, что необходим поиск новых подходов по повышению юридической, экономической ответственности пациента как за выполнение врачебных назначений, так и за собственное здоровье.

**Ключевые слова:** врач, пациент, медицинская деятельность, взаимосвязь врача и пациента.



Рассматривая вопрос взаимоотношения врача и пациента, а в частности приверженность пациента к выполнению врачебных рекомендаций, необходимо, прежде всего, проанализировать, что лежит в основе проблемы несоблюдения рекомендаций, и какие методы решения были уже предприняты.

Основная цель настоящего обзора состоит в анализе различных вариантов, направленных на развитие систем в здравоохранении и обсуждения вероятных теорий развития, касающихся взаимоотношения медицинских сотрудников и пациента. Рассмотрены отдельные стратегии, законы и приказы, а также модели реформирования здравоохранения, обсуждаемые и реализуемые в настоящее время.

С каждым годом случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями к медицинским сотрудникам, участились. В большинстве своем, судебные дела вызваны конфликтными ситуациями во взаимоотношениях врача и пациента, основываясь не на качестве медицинской помощи, а на безразличном и формальном отношении медицинских работников. Вместе с тем, общение врача и пациента по-прежнему сохраняет большую значимость.

До недавних пор пациент доверял врачу право принимать решения, касающиеся назначения обследования и лечения. Казалось, такой подход повышает эффективность лечения: пациент избавлен от сомнений, неуверенности и полноценно выполняет клинические рекомендации, а врач полностью берет на себя ответственность за здоровье пациента.



© А.Н. Миц, А.А. Бондарев, С.Н. Гонтарев, 2020 г.



Федеральным законом от 25.12.2019 № 489-ФЗ введено понятие «клинические рекомендации». Клинические рекомендации содержат информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и т.д. В целях реализации данного Закона Минздрав России приказом от 28.02.2019 № 103н утвердил порядок и сроки разработки клинических рекомендаций, их типовую форму, требования к структуре клинических рекомендаций, составу и научной обоснованности включаемой в них информации [1].

Однако доверие к медицинским сотрудникам в наше время значительно снизилось. Это связано с невыполнением банальных деонтологических и этических норм, отсутствием приверженности к здоровому образу жизни у самих врачей, спешке в работе, в неуверенности назначений и выписки лекарственных средств. Все это и многое другое ухудшает качество лечения пациента в целом.

В связи с этим состояние российского здравоохранения привлекает все большее внимание граждан, средств массовой информации, экспертов и ученых. В центре этого проблемного поля – взаимодействие пациентов с врачами, при этом особую значимость в настоящее время приобретает рассмотрение отношений по поводу выбора и определения содержания лечения [2].

Сложности взаимодействия врача и пациента усугубляются следующими обстоятельствами:

- повышением уровня требований к врачам со стороны пациентов вследствие возрастания правовой грамотности и общего уровня образования населения;
- ожиданием пациентом индивидуализированного подхода к выбору лечения;
- влиянием СМИ и сети Интернет, в результате которого врач рассматривается как механический исполнитель рекомендаций, причем низкий уровень доверия со стороны пациента вынуждает врача убеждать в целесообразности назначенного лечения;
- завышением ожиданий пациента, убежденного в том, что приход к врачу решит все проблемы со здоровьем;
- усложнением технологий диагностики и лечения;
- недовольством социальной политикой государства, что выражается в предъявлении многочисленных претензий пациента к врачу;

- ростом бюрократических процедур и введением дополнительной отчетности;
- нарушением врачами правил медицинской этики [2].

Поскольку врачебная деятельность предполагает профессиональное и эмоциональное включение в проблемы больного, то врачи испытывают все большее чувство незащищенности и усиление негативного отношения со стороны пациентов. Таким образом, формирование новой модели взаимодействия врача и пациента – модели информированного согласия – замедляется из-за низкой готовности населения брать на себя ответственность за свое здоровье, усложнением документооборота, высоким уровнем недоверия к врачу [2].

Вопросы деонтологии и этики врачебной деятельности, искусство беседы и психологическое воздействие врача на пациента, безусловно, играют важную роль в залоге успешного лечения, а именно – в выполнении врачебных рекомендаций. Также важно понимать и учитывать экономическую составляющую лечения и степень осведомленности больных о последствиях своего заболевания.

Несоблюдение пациентами врачебных рекомендаций может приводить к серьезным медицинским последствиям [3, 4, 5, 6, 7], а взаимоотношения между врачом и пациентом являются одним из ведущих факторов, определяющих эффективность лечения [8, 9]. Несмотря на обилие работ, посвященных приверженности пациентов к длительной терапии, этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Так, в исследовании А.С. Баринаова с соавторами (2018 г.) было оценено влияние коммуникаций «врач – родители пациента» на уровень комплаентности в семьях родителей и детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Было обследовано 103 ребенка старшего школьного возраста с хронической гастродуоденальной патологией, которым была назначена антихеликобактерная терапия. В результате, было установлено, что степень родительской приверженности к проводимой их ребенку антихеликобактерной терапии является недостаточной. В большинстве случаев родители не соблюдают в полной мере режим назначенной схемы лечения, что является причиной неполного получения курса эрадикационной терапии, рекомендованной лечащим врачом. В свою очередь, среди причин, снижающих приверженность к терапии, важную роль играет низкий уровень коммуникаций между врачом и родителями пациента. Авторы делают вывод о внедрении модели взаимодействия



«врач – провизор – родители пациента», где ряд вопросов по использованию предложенной терапии будет возлагаться именно на провизора крупной аптечной сети либо медицинского центра, что поможет повысить комплаентность к лечению в семьях детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией [10].

В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» поставлена общенациональная цель – увеличить ожидаемую продолжительность жизни с нынешних 72,7 года до 78 лет к 2024 г. и для ее реализации сформировать национальные проекты. В Послании к Федеральному Собранию Российской Федерации 20 февраля 2019 года еще раз подчеркнуто, что национальные проекты направлены на достижение нового качества жизни для всех поколений, сбережение народа и недопустимость отступления от намеченных рубежей. В части здравоохранения еще раз акцентировано внимание на необходимости развития медико-социальной помощи [11].

За последние годы развитие системы здравоохранения в России позволило достичь существенных результатов. По сравнению с началом 2000-х годов, к 2017 году ожидаемая при рождении продолжительность жизни увеличилась почти на восемь лет, смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 35%, младенческая смертность – на 60%, а смертность населения в трудоспособном возрасте – на 40%. Безусловно, достижению данных результатов способствовало общее улучшение социально-экономических условий жизни россиян, однако, не следует преуменьшать в этом и роль системы здравоохранения [12].

Например, реформа системы обязательного медицинского страхования, проведение которой было начато с принятия Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ, позволила создать правовые условия для обеспечения конкуренции между медицинскими организациями разных форм собственности, сгладить межтерриториальные различия в финансовом обеспечении здравоохранения, закрепить ведущую роль пациента в процессе выбора медицинских организаций для получения помощи, внедрить в систему здравоохранения независимый контроль качества оказания медицинской помощи, осуществляемый силами страховых медицинских организаций. Все это способствовало росту качества и доступности медицинской помощи для населения [13].

Достигнут определенный прогресс и в области лекарственного обеспечения. Созданная в 2008 году федеральная программа обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами (Государственная программа «7 нозологий») позволила существенно повысить доступность дорогостоящих лекарств для больных гемофилией, гипопаратирозом, рассеянным склерозом, муковисцидозом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями кровяной и лимфоидной тканей, а также – после трансплантации органов или тканей, требующих дорогостоящего, и в ряде случаев – продолжительного лечения, при котором крайне важным является стабильное и регулярное применение лекарственной терапии. Основанием для начала работы программы «7 нозологий» послужил Федеральный Закон «О внесении изменений в Федеральный Закон «О федеральном бюджете на 2007 год» № 132-ФЗ от 17 июля 2007 года,

В подавляющем большинстве развитых стран мира лекарственное обеспечение рассматривается как неотъемлемая составляющая права на медицинскую помощь. Единственной страной с развитыми государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи, не предоставляющей гражданам лекарственное обеспечение при лечении в амбулаторных условиях, является Канада. Необходимость оплачивать лекарства снижает приверженность амбулаторному лечению и, как следствие, повышает затраты на дорогостоящую стационарную и скорую медицинскую помощь. По данным опроса населения, 1 из 10 жителей Канады вынужден отказываться от приема или сокращать объем курса лекарственного препарата по финансовым соображениям, тогда как в странах с всеобщим лекарственным обеспечением и наиболее низкими уровнями оплаты данная проблема затрагивает лишь 2–3% населения [14].

Доля госпитализаций, вызванных отказом от приема или сокращением приема назначенных лекарственных средств, оценивается на уровне 5,4% [15].

Вместе с тем, в настоящее время в отечественном здравоохранении существует множество нерешенных вопросов, без ответа на которые построение по-настоящему пациентоориентированной системы охраны здоровья представляется невозможным.

Несмотря на все гарантии в области лекарственного обеспечения России, они все равно являются недостаточными. Так в условиях стационара лекарственное обеспечение предоставляется бесплатно по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), однако по





общему порядку амбулаторное лекарственное обеспечение финансируется за счет средств пациента.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации (Росздравнадзор РФ) утверждена Публичная декларация, в которой Росздравнадзор обозначил свои цели и задачи на 2019 год. Приоритетными целями названы контроль соблюдения прав граждан РФ в сфере охраны здоровья, повышение результативности контрольной и надзорной деятельности, снижение риска попадания в легальный оборот недоброкачественных лекарственных средств и медицинских изделий. Достижение поставленных целей будет осуществляться, в числе прочего, посредством контроля реализации государственных программ, соблюдением действующей нормативной базы в РФ, а также надзора за доступностью для населения лекарственных препаратов и медицинских изделий [16].

Подобными целями и задачами повышается уровень требований к врачам со стороны государства, а также у пациентов на основании возрастания правовой грамотности и общего уровня образования населения страны.

Несмотря на все усилия со стороны государства и медицинского сообщества, проблема приверженности пациентов к лечению и соблюдению правил ЗОЖ остается чрезвычайно актуальной. Следует также отметить, что в существующем порядке взаимодействия между врачами и пациентами, у последних отсутствует юридическая, экономическая ответственность за исполнение врачебных рекомендаций.

Вследствие этого, одной из глобальных проблем современной медицины является правовой пробел выполнения пациентами врачебных назначений, не требующих присутствия медицинских работников. Это касается, в том числе, перорального приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты двигательного режима, отказа от вредных привычек. Очевидно, что несоблюдение врачебных рекомендаций снижает эффект проводимого лечения.

Особенно остро данная проблема возникает при хронических заболеваниях, требующих пожизненного приема лекарственных средств и полноценного соблюдения клинических рекомендаций. Одним из таких заболеваний является артериальная гипертензия – одна из наиболее значимых медико-социальных проблем во всем мире и, в частности, в России. Это обусловлено как высокой распространенностью данного заболевания в популяции, так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска основных сердечнососудистых заболеваний – инсульта и инфаркта

миокарда, главным образом определяющих высокую смертность во многих странах [17].

Так, по данным российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, в котором изучались представительные выборки населения России в возрасте 25–64 лет, распространенность АГ у лиц данной возрастной группы составила 44% [18].

К 2025 г. прогнозируется увеличение количества пациентов с АГ на 15–20%, таким образом оно составит около 1,5 млн. человек в мире [19].

АГ является также и наиболее частым заболеванием, ассоциированным с ожирением, которое выступает и как фактор риска ее развития, и как фактор, определяющий глобальный сердечно-сосудистый риск у пациентов с АГ [20].

Важными составляющими приверженности являются осведомленность (о риске состояния, пользе лечения, необходимости регулярного лечения) и мотивация пациентов. Образовательные программы для пациентов с повышенным АД, направленные на информирование пациентов о риске, связанном с АГ, и пользе лечения важны, но далеко не всегда способны решить проблему приверженности [21, 22, 23].

Вместе с тем, даже у лиц с высоким риском и у пациентов с ССЗ, комплаентность к терапии остается низкой, приводя к серьезным последствиям и значительным экономическим затратам. Так, например, через год после перенесенного инфаркта миокарда менее 50% пациентов продолжают принимать статины,  $\beta$  – адреноблокаторы или другие гипотензивные средства [24, 25].

Так, в соответствии с Европейскими рекомендациями профилактики ССЗ (2014) были определены приоритеты и цели профилактических мероприятий, подкорректированы подходы к оценке кардиоваскулярного риска пациентов, в том числе молодых, предоставлена подробная информация по различным факторам риска (возраст, частота сердечных сокращений, индекс массы тела, физическая активность, психосоциальный статус и т.д.). Отмечается немаловажная роль здорового образа жизни для предотвращения развития ССЗ – правильного питания, достаточной физической активности, коррекции массы тела, отказа от вредных привычек [26].

К сожалению, в настоящее время достаточная доказательная база накоплена только в отношении медикаментозных подходов в лечении сердечно-сосудистой патологии, в связи с чем необходимы дополнительные исследования в этой области.

Для успешной профилактики ССЗ мало усилий одного только кардиолога или терапевта, необходимо



привлекать разных специалистов, в том числе и средний медицинский персонал. Использование рекомендаций по профилактике ССЗ в повседневной клинической практике во всех звеньях медицинской помощи поможет снизить заболеваемость и смертность от ССЗ [26].

Таким образом, для оптимизации взаимодействия врача и пациента, а также повышения удовлетворенности больных лечебным процессом необходимо: информировать пациента о предлагаемых методах и средствах лечения, особенно при использовании методов, связанных с риском для его здоровья; обеспечить реализацию прав пациентов; прогнозировать потенциальную эффективность медицинских услуг; контролировать динамику заболевания путем последующих контактов с пациентом, а также разрабатывать превентивные меры по профилактике патологических состояний [27].

Сибурин Т.А. и Мишина О.С. провели анализ отдельных стратегий развития систем здравоохранения в мире, который показал, что идет интенсивный поиск наиболее эффективных способов управления. Исторический опыт реформирования здравоохранения свидетельствует о том, что развитие происходит преимущественно в двух направлениях: укрепления механизмов централизации управления на всех уровнях и укрепления пациент-центрической модели оказания помощи. На правительственном уровне приоритет получают стратегии государственного регулирования различных секторов экономики и социальной сферы в целях учета их влияния на здоровье населения, объединения интересов общественного сектора и личных интересов граждан в следовании принципам ЗОЖ, создания условий для обеспечения справедливости в обеспечении населения медицинской помощью. В области управления медицинской помощью усиливаются тенденции регулирования (государственного и саморегулирования) на рынке медицинских услуг на основе использования механизмов «регулируемой конкуренции», стратегии «распределения ресурсов», в том числе с повышением роли первичного звена в финансировании последующих этапов медицинской помощи, а также распространения договорных обязательств, широкого использования различных форм самоорганизации интегрированных структур. Усиление индивидуального подхода к лечению больных реализуется в стратегиях внедрения «программ ведения болезней», «первичной помощи, ориентированной на пациента», «гуманитарной модели здравоохранения», формирования «терапевтических сообществ». Приведенные данные свидетельствуют о том, что в мире произошло изменение вектора управления

развитием здравоохранения от классической либеральной (приоритета рыночных механизмов) в сторону дирижистской модели – усиления государственных механизмов регулирования [28].

Если консолидировать действующую нормативную базу, исследования и модели работы врача и пациента, то можно согласиться с причинами низкой приверженности пациентов к лечению, предложенные ВОЗ по пяти категориям:

- система здравоохранения (низкое качество взаимодействия врач-пациент, низкое знание препаратов и рекомендаций; недостаточные или слишком сложные рекомендации врача; недоступность медицинской помощи; невозможность продолжения терапии);
- состояние пациента (бессимптомные хронические заболевания; психические расстройства, например, депрессия);
- пациент (нарушение зрения, координации; когнитивные расстройства; психологические проблемы – низкая мотивация, низкий самоконтроль, молодой возраст);
- терапия (сложный режим дозирования, побочные эффекты);
- социально-экономические факторы (низкая грамотность, высокая стоимость лекарств, слабая социальная поддержка) [29].

Учитывая тот факт, что при формировании здорового образа жизни у пациентов эффективными оказываются когнитивно-поведенческие методы воздействия, очень важным является правильная постановка целей и возможность самоконтроля в их достижении [30, 31].

Воздействие на все аспекты жизни (питание, физическая активность, психологический фон, контроль массы тела, отказ от курения и другие) с привлечением опыта разных специалистов (терапевты, психологи, диетологи, реабилитологи и т.д.), дает максимальный результат [32].

В этой связи остается актуальной концепция американского специалиста по биоэтике Роберта Витча, разработанная им в 70-е гг. XX века.

Р. Витч выделяет следующие четыре базовые модели взаимоотношений врача и пациента:

- Пасторская (сакральная) – модель патерналистская по своей сути, где врач полностью принимает решение за пациента, при этом врач имеет моральную обязанность защищать больного и действовать в его наилучших интересах.
- Инженерная (техническая), в которой врач выступает в роли ученого, эксперта по данной научно-практической проблеме и должен опираться только





на факты и применять беспристрастный, объективный подход. В этой модели собственно моральная сторона взаимодействия врача и больного представлена крайне слабо. Для модели инженерного типа характерен взгляд на пациента как на биологическую машину. Следует отметить, что такая модель отношений действительно распространена в современной высокотехнологичной медицине.

– Коллегиальная – врач и пациент выступают как коллеги или соратники, вместе преследующие общую цель, и их отношения базируются на равенстве сторон, взаимном доверии и конфиденциальности; при этом наблюдается полная гармония отношений, наиболее способствующая лечебному процессу.

– Контрактная (договорная) – для нее характерно соблюдение определенных правил взаимодействия, когда обе стороны осознают свои обязанности и выгоды, хотя интересы сторон могут и не совпадать, все же выполнение базисных правил позволяет каждой из них достичь своих целей и соблюсти интересы в некоторой разумной и достижимой степени. Если участники понимают, что не стоит дальше продолжать их взаимодействие (из-за расхождения во взглядах, затруднения взаимопонимания, недовольства и т.п.), то они могут прекратить контракт вполне цивилизованным путем [33].

В контрактной модели обе стороны сохраняют контроль над ситуацией в течение всего процесса

взаимодействия. Следует понимать, что в данном случае контракт (или договор) понимается не столько в юридическом смысле (хотя возможны и настоящие договорные отношения), сколько как метафора, которая помогает лучше выразить смысл этого типа взаимодействий. Р. Витч полагает, что именно модель контрактного типа преодолевает недостатки предыдущих моделей и позволяет в наилучшей степени защитить ценности и автономию личности.

Что касается других трех моделей, то они имеют больше изъянов. В модели технического типа мы видим обезличивание взаимоотношений, устранение вообще моральной стороны взаимодействия врача и пациента. Модель пасторского типа ведет к потере автономии со стороны пациента. Наконец, коллегиальная модель при всей ее привлекательности представляет собой некий нереалистичный, практически недостижимый идеал [33].

Таким образом, размышления и рассуждения авторов данной статьи актуализируют клиническую значимость взаимоотношения врача и пациента. Вместе с тем, анализ доступных литературных источников свидетельствует о нерешенности проблемы взаимодействия врача и пациента. Необходим поиск новых подходов по повышению юридической, экономической ответственности пациента как за выполнение врачебных назначений, так и за собственное здоровье.

## Литература

1. Пушина О.В. Новое в законодательстве с 01.04 по 30.06.2019 г. // The Eye Глаз. – 2019. – № 3. – С. 62–64.
2. Толстова Е., Руфина Ю., Ермолаева Е.В. Особенности взаимодействия врача и пациента в современном обществе // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – № 1. – 205 с.
3. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
4. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. NEMJ 2005; 353: 487–97.
5. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ 2006; 333: 15.
6. Danilov D.S. Compliance in medicine and its optimization methods (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects). Psychiatry and Pharmacotherapy 2008; (1): 13–20.
7. Fischer M.A., Stedman M.R., Lii J. et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. J Gen Intern Med 2010; 25 (4): 284–90.
8. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
9. Siluyanova I.V., Yakovlev V.V. Physician-patient relationship: the position of the patient. Dentist in 2011; (6): 4–8.
10. Баринаева А.С., Налетов А.В., Налетов С.В. Влияние коммуникаций врач – родители пациента на уровень родительской комплаентности при лечении детей с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с Helicobacter Pylori // Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41. – № 4. – С. 616–624.
11. Улумбекова Г.Э., Прохоренко Н.Ф., Калашникова А.В., Гинойн А.Б. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году. Экономика. Налоги. Право. 2019; 12(2): 19–30.
12. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии / В.С. Назаров, Н.А. Авксентьев, Н.Н. Сисигина. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. – 100 с. – (Научные доклады: социальная политика).
13. Кравченко В.В., Шаталин Е.В. Итоги реформирования системы ОМС в 2010–2013 гг. Анализ недостатков существующей системы ОМС // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 3. – С. 6–19.



14. Sarnak D.O., Squires D., Kuzmak G., Bishop S. Paying for Prescription Drugs Around the World: Why Is the U.S. an Outlier? // Issue Brief (Commonwealth Fund). 2017 Oct. Pp. 1–14.
15. Iskedjian M., Addis A., Einerson T. Estimating the economic burden of hospitalization due to patient nonadherence in Canada // Value in Health. – 2002. – Vol. 5. – № 6. – Pp. 470–471.
16. Пушина О.В. Новое в законодательстве с 01.04 по 30.06.2019 г. // The Eye Глаз. – 2019. – № 3. – С. 62–64.
17. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al; Authors / Task Force Members. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2018; 36(10): 1953–2041.
18. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2014; 13(4): 4–14.
19. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365: 217–23. doi:10.1016/S0140-6736(05)17741-1.
20. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39(33): 3021–104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
21. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. от имени исследователей АРГУС-2. Приверженность пациентов к антигипертензивной терапии и препятствия к ее улучшению: Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2. Тер арх 2008; 3: 76–82.
22. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Турсунова Г.Ф. Клиническая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе. Тер арх 2005; 77 (11): 49–55.
23. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению АГ: причины и пути коррекции. Артер гипертенз 2005; 10 (3): 137.
24. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J 2012; 33: 1635–1701.
25. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation 2009; 119: 3028–3035.
26. Бадейникова К.К., Мамедов М.Н. Основные положения Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (обзор литературы) // Профилактическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 25–32.
27. Родиков М.В., Кочетова Л.В., Пахомова Р.А. Модели взаимодействия врача и пациента в современной медицине. ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого». УДК 614.253 (075.8).
28. Сибурин Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2011. – № 28654.
29. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J 2012; 33: 1635–1701.
30. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J 2012; 33: 1635–1701.
31. Artinian N.T., Fletcher G.F., Mozaffarian D., Kris-Etherton P., Van Horn L., Lichtenstein A.H., Kumanyika S., Kraus W.E., Fleg J.L., Redeker N.S., Meininger J.C., Banks J., Stuart-Shor E.M., Fletcher B.J., Miller T.D., Hughes S., Braun L.T., Kopin L.A., Berra K., Hayman L.L., Ewing L.J., Ades P.A., Durstine J.L., Houston-Miller N., Burke L.E. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2010; 122: 406–441.
32. Piepoli M.F., Corra U., Benzer W., Bjarnason-Wehrens B., Dendale P., Gaita D., McGee H., Mendes M., Niebauer J., Zwisler A.D., Schmid J.P. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2010; 17: 1–17.
33. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 67–72.

UDC 614.253.1

Mits A.N., Bondarev A.A., Gontarev S.N. *The clinical significance of the relationship between doctor and patient (literature review) (Regional state budgetary healthcare institutions "Borisovskaya central district hospital", village Borisovka, Belgorod region, Russia; Belgorod state national research Institute-scope University, Belgorod, Russia)*

**Abstract.** This literature review collects research, laws, and various models of physician-patient interaction in the health care system. The question of the patient's adherence to treatment based on the level of trust in the doctor is considered in detail, the analysis of the concepts of different models of interaction is carried out, and their specific conditions are defined, presented in the scientific literature by the authors of the CIS and Europe. The purpose of the review was based on the analysis of various options aimed at the development of the doctor-patient relationship in health care. Based on the data, the authors suggested that it is necessary to search for new approaches to increase the legal, economic responsibility of the patient, both for the performance of medical appointments and for their own health.

**Keywords:** doctor, patient, medical activity, the relationship between doctor and patient, medical contract.