

Приверженность терапии воспалительных заболеваний кишечника

О. В. Князев, д.м.н., зав. отделением воспалительных заболеваний кишечника
 А. Ф. Бабаян, врач-гастроэнтеролог отделения воспалительных заболеваний кишечника
 А. В. Каграманова, к.м.н., с.н.с. отделения воспалительных заболеваний кишечника
 А. И. Парфенов, д.м.н., проф., зав. отделения патологии кишечника

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы

Commitment to treatment of inflammatory bowel disease

O. V. Knyazev, A. F. Babayan, A. I. Parfyonov, A. V. Kagramanova
 Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov, Moscow, Russia

Резюме

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются хроническими аутоиммунными воспалительными заболеваниями с поражением кишечника и внекишечными проявлениями. Концепция постоянного пожизненного приема лекарственных препаратов является краеугольным камнем в терапии ВЗК. Приверженность к приему препаратов определяется как степень, в которой пациент соблюдает дозы и интервал между ними в соответствии с предписанным режимом дозирования. К сожалению, в целом при хронических заболеваниях приверженность снижается с течением времени, достигая 50 % в развитых странах и еще больше в развивающихся. Цель: оценить приверженность к терапии у больных болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК), наблюдающихся в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ имени А. С. Логинова. Материалы и методы. В исследование включили 55 (45,8 %) мужчин и 65 (54,2 %) женщин старше 18 лет, 70 (58,3 %) пациентов с ЯК, 50 (41,7 %) с БК, которые проходили лечение и обследование в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ. Приверженность пациента к терапии оценивалась с помощью теста Мориски-Грина, по результатам которого все пациенты были разделены на две группы: первая — больные с низкой приверженностью к лечению (НПЛ); вторая — с высокой приверженностью (ВПЛ). Результаты. Установлено, что пациентов с низкой приверженностью к терапии оказалось значительно больше, чем пациентов с высокой: 78 (65,0 %) против 42 (35,0 %) соответственно, ($p < 0,001$). В группе больных с ВПЛ преобладали женщины: 26 (61,9 %) против 16 (30,1 %) ($p < 0,001$). В группе ВПЛ также преобладали пациенты с БК: 30 (71,4 %) против 12 (28,6 %) пациентов с ЯК ($p < 0,001$). Установлено, что в группе ВПЛ преобладали пациенты, получающие препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) 23 (54,8 %) и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): 15 (35,7 %). В группе НПЛ преобладали пациенты, получающие системные иммуносупрессоры и глюкокортикостероиды — 54 (69,3 %) против пациентов, получающих 5-АСК и ГИБП, — 24 (30,7 %) ($p < 0,001$). Частота обострений заболеваний более одного раза в год была значительно выше в группе НПЛ — 52 (66,6 %) против 13 (30,9 %) в группе ВПЛ ($p < 0,001$). Частота хирургических вмешательств у пациентов с БК была значительно выше в группе НПЛ — 15 (75,0 %) против 5 (16,6 %) в группе ВПЛ ($p < 0,001$). Значительная разница между группами отмечалась по возможности получать препараты в списке ДЛО (дополнительное лекарственное обеспечение) — 38 (90,5 %) в группе ВПЛ против 40 (51,3 %) в группе НПЛ ($p < 0,001$). Установлено, что форма месалазина также влияет на приверженность терапии. Также было показано, что на приверженность не влияют возраст и социально-экономический статус пациента. Вывод. Среди пациентов с ВЗК, обследованных в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ имени А. С. Логинова, 65 % имеют низкую приверженность к приему назначенных препаратов. С низкой приверженностью к лечению ассоциируются такие факторы, как использование в терапии системных иммуносупрессоров и глюкокортикостероидов, осложненное течение БК, увеличением частоты обострений ВЗК. С высокой приверженностью к лечению достоверно ассоциированы женский пол, наличие препаратов в списке ДЛО, удобство терапии.

Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, месалазин ММХ, приверженность, язвенный колит.

Summary

Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic autoimmune inflammatory diseases with intestinal damage and extraintestinal manifestations. The concept of permanent life-long medication is the cornerstone in the treatment of IBD. Adherence to drugs is defined as the degree to which the patient observes the dose and the interval between them in accordance with the prescribed dosage regimen. Unfortunately, in general, in chronic diseases, adherence decreases over time, reaching 50 % in developed countries and even more in developing ones. Objective. To assess adherence to therapy in patients with Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), observed in the department for the treatment of inflammatory bowel diseases at the Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov. Materials and methods. The study included 55 (45.8 %) men and 65 (54.2 %) women older than 18 years, 70 (58.3 %) patients with UC, 50 (41.7 %) with CD, who were treated and examined in the department of treatment of inflammatory bowel disease of the centre. Patient adherence to therapy was evaluated using the Moriska-Green test, the results of which were used to divide all patients into two groups: first, patients with low treatment adherence (LTA); the second is with high commitment (HTA). Results. It was found that patients with low adherence to therapy turned out to be significantly more than patients with high: 78 (65.0 %) vs. 42 (35.0 %), respectively ($p < 0.001$). In the group of patients with HTAs, women prevailed: 26 (61.9 %) versus 16 (30.1 %) ($p < 0.001$). In the group of HTAs, patients with BC also prevailed: 30 (71.4 %) versus 12 (28.6 %) patients with UC ($p < 0.001$). It was established that in the group of HTAs, patients receiving 5-aminosalicylic acid preparations (5-ASA) prevailed 23 (54.8 %) and genetically engineered biological preparations (GIBP): 15 (35.7 %). In the LTA group, patients receiving systemic immunosuppressants and glucocorticosteroids prevailed at 54 (69.3 %) versus patients receiving 5-ASA and GIBP at 24 (30.7 %) ($p < 0.001$). The frequency of exacerbations of diseases more than once a year was significantly higher in the LTA group at 52 (66.6 %) versus 13 (30.9 %) in the HTA group ($p < 0.001$). The incidence of surgical interventions in patients with CD was significantly higher in the LTA group — 15 (75.0 %) versus 5 (16.6 %) in the HTA group ($p < 0.001$). A significant difference between the groups was noted, if possible, to receive drugs in the SDS list (supplementary drug supply) — 38 (90.5 %) in the HTA group versus 40 (51.3 %) in the LTA group ($p < 0.001$). It is established that the form of mesalazine also affects the adherence to therapy. It has also been shown that adherence is not affected by the patient's age and socioeconomic status. Conclusion. Among patients with IBD, examined in the department of treatment of inflammatory bowel disease of Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov, 65 % have a low commitment to taking prescribed medications. Such factors as the use of systemic immunosuppressors and glucocorticosteroids in therapy, the complicated course of CD, an increase in the frequency of exacerbations of IBD are associated with a low adherence to treatment. The female sex, the presence of drugs in the SDS list, and the convenience of therapy are reliably associated with high treatment adherence.

Key words: Crohn's disease, inflammatory bowel disease, MMX-mesalazine, adherence, ulcerative colitis.

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включающие язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) — хронические прогрессирующие воспалительные заболевания, требующие регулярного контроля воспалительной активности и междисциплинарного подхода с привлечением врачей многих специальностей (гастроэнтерологов, колопроктологов, фтизиатров, ревматологов и др.), характеризующиеся периодами ремиссии и обострения [1]. Основными препаратами, применяемыми при лечении ВЗК, являются 5-аминосалицилаты, глюкокортикостероиды, иммуномодуляторы (тиопурины [азатиоприн и 6-меркаптопурин] и метотрексат), антицитокиновые биологические препараты анти-ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб и цертолизумаба пэгол), блокаторы молекул адгезии (ведолизумаб), блокаторы янускиназы (тофацитиниб) и ингибитор интерлейкинов -12 и -23 (устекинумаб). Краеугольным камнем эффективности терапии является приверженность пациентов к терапии, однако приверженность к лечению пациентов с ВЗК, как и при некоторых других хронических заболеваниях, часто очень низкая.

Отсутствие приверженности к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями достигает 50 % в развитых странах, а в развивающихся этот показатель гораздо выше [2]. При ВЗК данные по приверженности к терапии сильно различаются в зависимости от изучаемой популяции (взрослые по сравнению с детьми), от способа приема препарата и метода изучения приверженности — анализ крови, фармацевтическое обеспечение, отчеты (дневник самоконтроля пациента, интервью, анкетирование) и т.д. В систематическом обзоре 17 исследований, включающих 4322 взрослых пациентов ВЗК, отсутствие приверженности к пероральным препаратам составило от 7 до 72 % [3]. У пациентов с ВЗК азиатского региона уровень отсутствия приверженности находился в пределах от 20 до 30 %. Например, Kawkamі и др. выявили, что 27,9 % пациентов не привержены к приему аминсалицилатов, тогда как Kim и др. отмечали, что частота

отсутствия приверженности соответствует 22,3 % в когорте пациентов в Южной Корее [4]. Отсутствие приверженности к пероральным препаратам у взрослых пациентов составило от 2 до 93 % [5]. Jeganathan и др. установили, что переход пациентов от педиатров к врачам, занимающимся ВЗК у взрослых, не влияет на приверженность к терапии [6].

Показано, что частота приверженности к биологической терапии весьма высока. Selinger и др. сообщили, что у 30 % пациентов с ВЗК в Австралии отсутствует приверженность к поддерживающей терапии, при этом уровень приверженности среди пациентов, получающих биологическую терапию, очень высок и составляет 94,7 % [7]. Lopez и др. также выполнили систематический обзор по частоте приверженности пациентов к анти-ФНО- α терапии у пациентов ВЗК [8]. В этот обзор было включено 13 исследований с участием 93998 пациентов (взрослых и детей). Общий уровень приверженности к биологической терапии у пациентов ВЗК составлял 82,6 %, варьируя от 36,8 до 96,0 %.

Отсутствие приверженности у пациентов с ВЗК связано с повышением активности заболевания, рецидивом, потерей ответа к анти-ФНО- α терапии, высокой морбидностью и смертностью (например, от колоректального рака, хирургических осложнений), повышением расходов на лечение, неудовлетворительным качеством жизни и высокой частотой инвалидизации [9, 10].

Определение факторов низкой приверженности к терапии помогает планировать мероприятия по улучшению приверженности и клинических исходов заболевания. В недавнем систематическом обзоре Jackson и соавт. показали, что существует тесная взаимосвязь между демографическими, клиническими, психосоциальными факторами и отсутствием приверженности пациентов с ВЗК [3]. Установлено, что плохая приверженность к приему пероральных препаратов у пациентов с ВЗК наиболее часто наблюдается у молодых, неженатых пациентов, а также пациентов трудоспособного возраста с непродолжительным анамнезом заболева-

ния. Назначение сопутствующей дополнительной терапии в целом была также связано с низкой приверженностью. Взаимосвязь между психологическими факторами (депрессия и тревожность) и отсутствием приверженности остается неизученной. В обзоре Jackson и др. отсутствие приверженности наблюдалось при наличии психологических проблем (депрессия, тревожность, психиатрическое заболевание или хронический стресс), отрицательном мнении пациента о препаратах и отсутствии взаимопонимания между доктором и пациентом. И наоборот, последнее исследование Selinger с соавт. показало, что отсутствие приверженности у больных ВЗК не было связано с тревожностью и депрессией. Кроме этого, участие пациентов с ВЗК в сообществах больных, страдающих ЯК и БК, было связано с улучшением приверженности [11].

Кроме этого, часто выявляется плохая приверженность к приему месалазина. Moss и др. разработали опросник из 10 пунктов и определили тех, кто находился в группе риска неприверженности в будущем [11]. Они выяснили, что мнение пациентов о необходимости поддерживающей терапии месалазином и их беспокойство о побочных эффектах влияет на приверженность к приему месалазина. Понимание того, что традиционных способов определения неприверженности у больных ВЗК недостаточно, ведет к поиску новых подходов к решению этой проблемы. Horne и др. отметили, что меры по совершенствованию приверженности должны быть более эффективны и охватывать практические факторы, влияющие на способность пациентов выполнять рекомендации по лечению и факторы, влияющие на мотивацию при инициации и продолжении лечения. На основании анализа выделили четыре категории отношения пациента: принимающее, амбивалентное, скептическое и индифферентное. Horne с соавт. выполнили анализ больных ВЗК и показали, что по сравнению с пациентами, принимающими назначенную при ВЗК терапию, приверженность участников трех остальных групп была существенно ниже [13].

Приверженность к приему препаратов является значимой проблемой в лечении больных ВЗК, которая может привести к неблагоприятным исходам заболевания, включая повышение активности заболевания, рецидивы, потерю ответа на терапию анти-ФНО- α препаратами, высокую заболеваемость и смертность, большие расходы, инвалидизацию и неудовлетворительное качество жизни. Различные стратегии, включая обучение, упрощение дозирования, использование аудиовизуальных систем напоминания и мультикомплексного подхода позволяют улучшить приверженность к терапии. Следует отметить, что на российской популяции больных ЯК и БК не проводилось каких-либо значимых исследований по приверженности к терапии ВЗК. Данное обстоятельство открывает широкие возможности для исследователей и позволит, с учетом имеющегося зарубежного опыта, снизить частоту рецидивов, осложнений и соответственно уменьшить затраты на лечение пациентов [14].

Целью нашей работы являлась оценка приверженности терапии у больных болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК), наблюдающихся в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ имени А. С. Логина.

Материалы и методы

В исследование включили 55 (45,8 %) мужчин и 65 (54,2 %) женщин в возрасте от 18 до 70 лет — 70 (58,3 %) пациентов с ЯК и 50 (41,7 %) с БК, которые проходили лечение и обследование в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ. Характеристика пациентов, которым проводилось анкетирование по опроснику Мориски-Грин, представлена в табл. 1.

По характеру получаемой терапии пациенты с ВЗК были распределены следующим образом: получающие препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) — 41 (34,2 %), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) — 20 (16,6 %), системные глюкокортикостероиды и иммуносупрессоры — 59 (49,2 %).

Таблица 1
Характеристика пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Изучаемые показатели	
Мужчины / женщины (%)	45,8 / 54,2
Возраст (лет) ($m \pm M$)	38,6 $\pm$ 6,4
БК (n / %)	50 / 58,3
ЯК (n / %)	70 / 41,7
Наличие внекишечных проявлений (n / %)	47 / 39,2
Частота хирургических вмешательств у пациентов с БК (n / %)	20 / 16,7
Частота обострений заболеваний более одного раза год (n / %)	65 / 54,2
Среднее образование (n / %)	72 / 60,0
Высшее образование (n / %)	48 / 40,0
Работают, учатся (n / %)	82 / 68,3
Не работают (n / %)	26 / 21,7
Инвалиды (n / %)	78 / 65,0
Живут в семье (n / %)	97 / 80,8
Живут одни (n / %)	23 / 19,2
Обеспечение лекарственными препаратами (ДЛО // собственные средства) (n / %)	78 / 65,0 // 42 / 35,0

Таблица 2
Опросник по приверженности Мориски-Грин

Вопрос	Шкала
Забывали ли вы когда-либо принять препарат?	Да — 1 Нет — 0
Были ли у вас когда — либо ситуации, которые привели к тому, что вы забывали принять препарат?	Да — 1 Нет — 0
Прекращаете ли вы прием препарата, когда чувствуете себя лучше?	Да — 1 Нет — 0
Иногда, если вы чувствуете себя плохо после приема препарата, прекращаете ли вы принимать препарат?	Да — 1 Нет — 0

Приверженность пациента к терапии оценивалась с помощью теста Мориски-Грина (табл. 2) [15].

Интерпретация шкалы: комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла и выше. Больные, набравшие 2 балла и менее, считаются неприверженными. Больные, набравшие менее 3 баллов, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности. Приверженность к терапии считалась удовлетворительной, если показатель был 80 % и выше. По результатам опроса все пациенты были разделены на две группы: первая — больные с высокой приверженностью к лечению (ВПЛ); вторая — больные с низкой приверженностью (НПЛ).

Статистическую обработку данных проводили с применением программы Statistica 7.0. Коэффициент корреляции Спирмена считали значимым при

$p < 0,05$. Относительные риски (ОР) рассчитывали как события в одной группе к рискам события в другой группе, с 95 %-ными доверительными интервалами (ДИ) рассчитывали по таблицам сопряженности с использованием однофакторного логистического регрессионного анализа.

Результаты и обсуждение

По результатам работы было установлено, что пациентов с низкой приверженностью к терапии оказалось значительно больше, чем пациентов с высокой: 78 (65,0 %) против 42 (35,0 %) соответственно ($p < 0,001$). В группе больных с ВПЛ преобладали женщины: 26 (61,9 %) против 16 (30,1 %) мужчин ($p < 0,001$). Возраст пациентов не влиял на приверженность терапии, средний возраст больных ВЗК в обеих группах был сопоставим ($> 0,05$). В группе ВПЛ преобладали пациенты с БК — 30

Таблица 3
Характеристика пациентов в группах с высокой и низкой приверженностью к лечению

	Группа 1 ВПЛ (n = 42)	Группа 2 НПЛ (n = 78)	p
Мужчины / женщины (%)	37,2 / 62,8	61,9 / 38,1	< 0,001
Возраст (лет) (m ± M)	42,1 ± 4,6	36,8 ± 4,1	> 0,05
БК (n / %)	30 / 71,4	20 / 25,6	< 0,001
ЯК (n / %)	12 / 28,6	58 / 74,4	< 0,001
Наличие внекишечных проявлений (n / %)	28 / 66,6	19 / 24,3	< 0,001
Частота хирургических вмешательств у пациентов с БК (n / %)	5 / 25,0	15 / 75,0	< 0,001
Частота обострений заболеваний более одного раза год (n / %)	13 / 30,9	52 / 66,6%	< 0,001
Среднее образование (n / %)	30 / 71,4	42 / 53,8	> 0,05
Высшее образование (n / %)	28 / 66,6	20 / 25,6	< 0,001
Работают, учатся (n / %)	37 / 88,1	45 / 57,7	0,002
Не работают (n / %)	10 / 23,8	16 / 20,5	> 0,05
Инвалиды (n / %)	37 / 88,1	41 / 52,5	< 0,001
Живут в семье (n / %)	40 / 95,2	57 / 73,1	> 0,05
Живут одни (n / %)	5 / 11,9	18 / 23,1	> 0,05
Зависимость приверженности от обеспечения лекарственными препаратами (ДЛО / собственные средства, %)	90,5 / 9,5	51,3 / 48,7	< 0,001

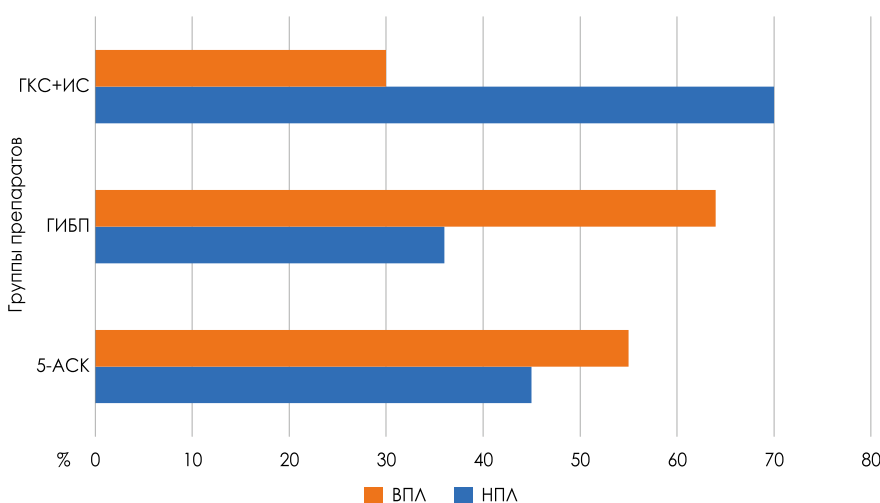


Рисунок 1. Показатели приверженности терапии среди групп препаратов, применяемых для лечения больных ВЗК, в реальной клинической практике.

(71,4%) против 12 (28,6%) пациентов с ЯК ($p < 0,001$). Это может быть обусловлено тем, что обострение ЯК имеет более яркую клиническую картину: частая кровавая диарея, лихорадка, тенезмы. Пациенты с ЯК в период обострения принимают препараты в соответствии с назначением врача, но в период ремиссии для ее поддержания не соблюдают рекомендуемые дозы препарата и схемы приема. Частота обострений ВЗК более одного раза в год была значительно выше в группе НПЛ — 52 (66,6%) против 13 (30,9%) в группе ВПЛ ($p < 0,001$). Хирургические вмешательства

у пациентов с БК проводились значительно чаще в группе НПЛ — 15 (75,0%) против 5 (16,6%) в группе ВПЛ ($p < 0,001$), что связано с прогрессированием БК (формированием стриктур, свищей, развитием кишечной непроходимости и пр.) при нерегулярном или полном отказе от приема противорецидивных препаратов. Социальный статус не был связан ни высокой, ни с низкой приверженностью, уровень комплаентности был одинаковым как у работающих, так и неработающих пациентов ($> 0,05$).

Значительная разница между группами отмечалась по возможности

получать препараты по списку ДЛО (дополнительное лекарственное обеспечение): 38 (90,5%) в группе ВПЛ против 40 (51,3%) группы НПЛ ($p < 0,001$) (табл. 3).

Наличие высшего образования ассоциировано с ВПЛ, однако при совокупном анализе образовательного уровня пациентов разницы между ВПЛ и НПЛ выявлено не было ($p > 0,05$).

Установлено, что в группе ВПЛ пациенты, получающие препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), составили 24 (57,1%), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) — 15 (35,7%). Пациенты, получающие системные иммуносупрессоры (ИС) и глюкокортикостероиды (ГКС), преобладали в группе НПЛ и составили 54 (69,3%) (рис. 1). Это связано с тем, что ГИБП пациенты получали по списку ДЛО. Низкая приверженность к приему ИС и ГКС обусловлена тем, что несмотря на широкое применение кортикостероидов в терапии ВЗК, приходится часто сталкиваться с явлениями более или менее выраженной стероидофобии у пациентов. Результаты крупного исследования [16], в котором изучалась распространенность стероидофобии среди больных атопическим дерматитом, показали, что большинство опрошенных опасались развития системных побочных эффектов, описанных в инструкции.

Среди пациентов, получающих препараты 5-АСК, выделили четыре группы, которые получали таблетированные формы месалазинов: Месакол®, Асакол®, Мезавант® и Салофальк®. Месакол® получали 9 пациентов (21,9%), Асакол® — 11 (26,8%), Мезавант® — 10 (24,4%) и Салофальк® — 11 пациентов (26,8%). В группе ВПЛ таблетированные формы Салофалька® регулярно принимали 2 пациента (18,2%), Асакол® — 6 (54,5%), Мезавант® — 8 (80,0%), Месакол® — 7 пациентов (63,3%) (рис. 2).

Альтернативой обычным формам месалазина является использование препаратов, способных обеспечить значимый уровень 5-АСК в дистальных отделах толстой кишки. Показана высокая эффективность новых форм месалазина: гранул 5-АСК и ММХ-месалазина (Мезавант®), которые превосходят обычные 5-АСК при дистальном ЯК [17].

В то время как другие пероральные препараты 5-АСК выделяют месалазин в просвет толстой кишки, мультиматриксная система доставки Мезаванта (ММХ®) (рис. 3) обладает эффектом адгезии, благодаря чему происходит «прилипание» 5-АСК к стенке толстой кишки, что позволяет создать высокую концентрацию месалазина в слизистой на всем протяжении толстой кишки, включая прямую (рис. 4) [18].

Это позволяет принимать Мезавант® однократно утром как для индукции ремиссии, так и для ее поддержания. Удобный прием препарата Мезавант® обеспечил высокую приверженность к лечению у пациентов по сравнению с другими препаратами группы 5-АСК [19, 20].

Заключение

Среди пациентов с ВЗК, обследованных в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ имени А. С. Логинова, 65 % имеют низкую приверженность к приему назначенных препаратов. С высокой приверженностью к лечению достоверно ассоциированы женский пол, прием ГИБП и препаратов 5-АСК, наличие БК, а также внекишечных проявлений. С низкой приверженностью к лечению достоверно ассоциированы мужской пол, наличие факторов риска

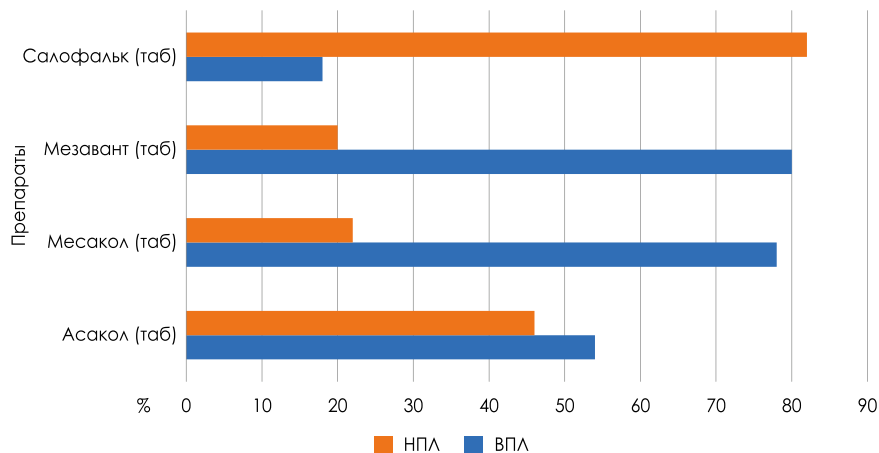


Рисунок 2. Показатели приверженности терапии среди препаратов 5-АСК в реальной клинической практике.

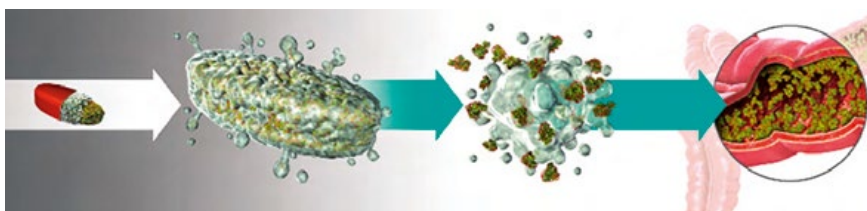


Рисунок 3. Мультиматриксная система (ММХ®) препарата Мезавант®: 1) полимерная оболочка; 2) гидрофильная матрица; 3) липофильная матрица.

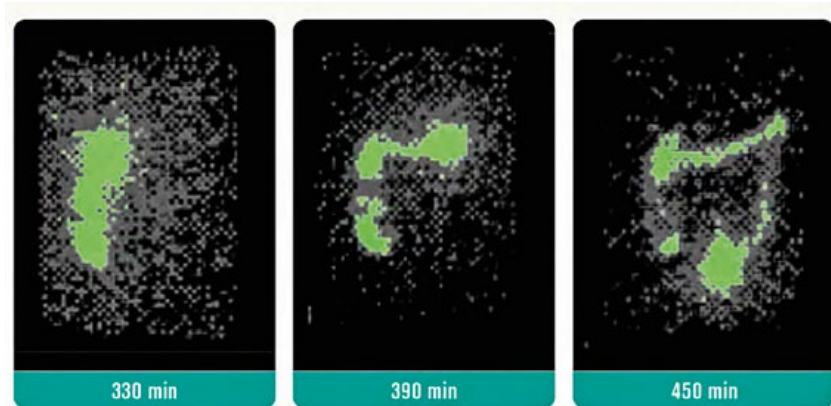


Рисунок 4. Сцинтиграфические изображения транзита месалазина ММХ (1200 мг), меченого ¹⁵³Sm, по желудочно-кишечному тракту.

частых рецидивов, риск хирургического вмешательства у пациентов с БК. С низкой приверженностью к лечению ассоциируются такие факторы, как использование в терапии системных ГКС и ИС, осложненное течение БК, увеличение частоты обострений ВЗК. Также было показано, что на приверженность не влияют ни возраст, ни социально-экономический статус пациента. Получение препаратов в списке ДЛЮ (дополнительное лекарственное обеспечение) при однофакторном анализе и удобство приема ММХ-месалазина ассоциировано с высокой приверженностью к терапии. Включе-

ние в анализ таких дополнительных факторов, как курение, привлечение пациента к созданию плана лечения, финансовые возможности пациента, психологические факторы и пр., позволит сделать вклад этих факторов в высокую приверженность к терапии ВЗК.

К сожалению, в настоящее время нет единой эффективной стратегии повышения приверженности пациента к терапии. Ввиду многогранности вопросов, связанных с повышением приверженности к терапии и недостаточным решением данной проблемы, требуется систематизировать и про-

вести комплексную оценку различных способов комплаенса в условиях реальной клинической практики, что позволит снизить частоту рецидивов, осложнений и уменьшить затраты на лечение пациентов с ВЗК.

Список литературы

1. Воспалительные заболевания кишечника в практике терапевта и хирурга Хатков И.Е., Парфенов А.И., Князев О.В. и др. М., 2017, С. 113.
2. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
3. Jackson CA, Clatworthy J, Robinson A, Horne R. Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 525–539.
4. Kim SB, Kim KO, Jang BI, et al. Patients' beliefs and attitudes about their treatment for inflammatory bowel disease in Korea. *J Gastroenterol Hepatol* 2016; 31: 575–580.
5. Spekhorst LM, Hummel TZ, Benninga MA, van Rheenen PF, Kindermann A. Adherence to oral maintenance treatment in adolescents with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62: 264–270.
6. Jeganathan J, Lee CH, Rahme A, et al. Medication adherence in transitional inflammatory

- bowel disease patients: a multicenter pilot study. *J Gastroenterol Hepatol* 2014; 29: 111.
7. Selinger C, Robinson A, Leong R. Non-adherence to inflammatory bowel disease maintenance medication: extent and predictors. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26: 116.
8. Lopez A, Billioud V, Peyrin-Biroulet C, Peyrin-Biroulet L. Adherence to anti-TNF therapy in inflammatory bowel diseases: a systematic review. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19: 1528–1533.
9. van der Have M, Oldenburg B, Kaptein AA, et al. Non-adherence to anti-TNF therapy is associated with illness perceptions and clinical outcomes in outpatients with inflammatory bowel disease: results from a prospective multicentre study. *J Crohns Colitis* 2016; 10: 549–555.
10. Perry J, Chen A, Collins G, Chang J, Kohler F, Leong R. Medication non-adherence in inflammatory bowel diseases is significantly associated with disability. *J Gastroenterol Hepatol* 2015; 30 (Suppl 3): 135–136.
11. Selinger CP, Eaden J, Jones DB, et al. Modifiable factors associated with nonadherence to maintenance medication for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19: 2192–2206.
12. Moss AC, Lillis Y, Edwards George JB, et al. Attitudes to mesalazine questionnaire: a novel tool to predict mesalazine nonadherence in patients with IBD. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1850–1855.
13. Horne R, Parham R, Driscoll R, Robinson A. Patients' attitudes to medicines and adherence

to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15: 837–844.

14. Парфенов А.И., Каграманова А.В., Бабаева А.Ф., Князев О.В. Приверженность терапии больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Терапевтический архив* 2018. № 12 (том 90). С. 4–11.
15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67–74.
16. Charman C.R., Morris A.D., Williams H.C. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol* 2000; 142 (5): 931–936.
17. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 769–784, doi:10.1093/ecco-jcc/jjx009.
18. Brunner M, Assandri R, Kletter K, Tschurlovits M, Corrado ME, Villa R, Eichler HG, Müller M. Gastrointestinal transit and 5-ASA release from a new mesalazine extended-release formulation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Feb; 17 (3): 395–402.
19. Князев О.В., Беяков Н.И., Каграманова А.В., Фадеева Н.А., Парфенов А.И. Эффективность терапии язвенного колита средней степени тяжести месалазином ММХ. *Терапия*. 2017. № 1 (11). С. 150–158.
20. Lachaine J., Yen L., Beauchemin C., Hodgkins P. Medication adherence and persistence in the treatment of Canadian ulcerative colitis patients: analyses with the RAMQ database. *BMC Gastroenterology*. 2013; 13: 23.

Для цитирования. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В., Иванов А.Н., Солуянова И.П., Рушева Т.Б. Современные подходы к терапии пациентов с билиарным сладким: как подобрать оптимальную схему? // Медицинский алфавит. Серия «Практическая гастроэнтерология». — 2019. — Т. 1. — 6 (381). — С. 13–18.



ЕКАТЕРИНБУРГ

24–25 апреля 2019 год

ЦК «УРАЛ» Ул. Студенческая, 3



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КОНТРОЛЮ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ
С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НП «НАСКИ»)
ФГБОУ ВО «УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» ИЗ РФ
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



2019 М П

«Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ»

Официальные мероприятия в рамках конференции:

- Пленарные заседания, секционные заседания, семинары, Школы НАСКИ, мастер-классы
- Заседание профильной комиссии по эпидемиологии Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Общее собрание членов НП «Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи»
- Совместное заседание Учебно-методической комиссии по эпидемиологии Координационного Совета по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» и заведующих кафедрами эпидемиологии медицинских вузов

www.nasci.ru

Организационный комитет: E-mail: info_nasci@mail.ru
Организационный партнер: медицинское издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»
E-mail: nn_remedium@medalmanac.ru

Регистрация и подробная информация

www.mediexpo.ru



Москва, Международный Выставочный
Центр «Крокус Экспо»

28–30 Мая, 2019

**XI ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

«МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА – 2019»

В РАМКАХ ФОРУМА



XIII Всероссийский национальный конгресс
лучевых диагностов и терапевтов
«Радиология – 2019»



isuog



RASUDM

8-й Московский международный курс
под эгидой ISUOG и RASUDM

**«Актуальные вопросы ультразвуковой
диагностики в медицине матери и плода»**



XII Научно-практическая конференция
интервенционных онкорadiологов



XI Всероссийская
научно-практическая конференция
«Функциональная диагностика – 2019»



СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Студенческая научно-практическая
конференция по лучевой диагностике

М+Э МЕДИ Экспо

XI Международная
специализированная выставка
«МедФармДиагностика – 2019»

ОРГАНИЗАТОРЫ ФОРУМА

- ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
- ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
- Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена
- ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России
- ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
- Общество специалистов по лучевой диагностике
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Российское Общество Рентгенологов и Радиологов
- Общество интервенционных онкорadiологов
- Российская ассоциация маммологов
- АНО «Национальный конгресс лучевых диагностов»
- Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

КОНТАКТЫ

Организационный комитет национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2019» (по вопросам участия в научной программе)
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)

Кафедра лучевой диагностики и терапии

radiolog@inbox.ru

+7 (499) 248-77-91, +7 (499) 248-75-07

Общество специалистов по лучевой диагностике (ОСЛД)

Отдел томографии

radiolog.inbox@yandex.ru

+7 (495) 248-77-91, +7 (495) 414-63-34

По вопросам научной программы, тезисов и докладов конференции
«Функциональная диагностика – 2019»

rasfd@yandex.ru

По вопросам спонсорского участия и участия в выставке:

Светлана Ранская

svetlana@mediexpo.ru

+7 (495) 721-88-66 (доб. 108)

+7 (926) 610-23-74