

# Приверженность лечению пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника

М. И. Юпатова<sup>1</sup>, Ф. Д. Агранат<sup>1</sup>, Л. Р. Гафурова<sup>1</sup>, Е. В. Егорова<sup>2</sup>, О. А. Кирносова<sup>1</sup>, Н. М. Никитина<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия

<sup>2</sup> ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов, Россия

## РЕЗЮМЕ

**Цель.** Сравнительный анализ исходной приверженности лечению пациентов с различными воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника.

**Материалы и методы.** Обследована 91 женщина в возрасте от 18 до 65 лет, имеющая установленный диагноз ревматоидного артрита (РА), анкилозирующего спондилита (АС) и псориатического артрита (ПсА) согласно актуальным критериям. Средний возраст составил 51 год, средняя продолжительность заболевания – 10 лет, средний возраст в дебюте – 41 год. Приверженность лечению оценивалась с помощью опросников MMAS-4 и КОП-25. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.9.5 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

**Результаты.** Результаты проведенного исследования демонстрируют, что уровень приверженности лечению у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника в целом остается недостаточным. По результатам MMAS-4 28,6% всех пациенток были приверженными медикаментозной терапии. По результатам КОП-25 общая приверженность составила 57,22%. Не выявлено соответствия показателей качественного (MMAS-4) и количественного (КОП-25) опросников приверженности лечению. Наименьшую приверженность по всем направлениям лечения продемонстрировали пациентки с РА – их общая приверженность составила 52,41%, что соответствует границе среднего и низкого уровня приверженности. Пациентки с ПсА были несколько более приверженными (55,11%). Пациентки с АС продемонстрировали 67,10% приверженности лечению в целом, что соответствовало среднему уровню приверженности и было достоверно выше, чем при других заболеваниях. Наиболее уязвимым аспектом является модификация образа жизни. Молодой возраст ассоциирован с более высокой приверженностью лечению.

**Заключение.** Женщины с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника имеют средний и низкий уровень приверженности различным компонентам лечения, что может являться одним из механизмов формирования фенотипа «трудных для лечения» пациентов с РА, АС, ПсА. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексных стратегий повышения приверженности, сочетающих фармакологические, образовательные, поведенческие и психологические подходы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** приверженность лечению, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, краткий опросник Мориски – Грина (MMAS-4), КОП-25.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Конфликт интересов отсутствует.

**Финансирование.** Исследование не имело источников финансирования.

## Treatment adherence of patients with inflammatory diseases of the joints and spine

M. I. Yupatova<sup>1</sup>, F. D. Agranat<sup>1</sup>, L. R. Gafurova<sup>1</sup>, E. V. Egorova<sup>2</sup>, O. A. Kirnosova<sup>1</sup>, N. M. Nikitina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovskiy, Saratov, Russia

<sup>2</sup> Regional Clinical Hospital, Saratov, Russia

## SUMMARY

**Goal.** Comparative analysis of initial treatment adherence in patients with various inflammatory diseases of the joints and spine.

**Materials and methods.** A total of 91 women aged 18 to 65 years who were diagnosed with rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS) and psoriatic arthritis (PsA) were examined according to current criteria. The average age was 51 years, the average duration of the disease was 10 years, and the average age at onset was 41 years. Treatment adherence was assessed using the MMAS-4 and COP-25 questionnaires. The statistical analysis was performed using the StatTech v. 4.9.5 software (developed by Stattech LLC, Russia).

**Results.** The results of the study demonstrate that the level of treatment adherence in women with chronic inflammatory diseases of the joints and spine remains generally insufficient. According to the results of MMAS-4, 28.6% of all patients were committed to drug therapy. According to the results of the COP-25, the overall commitment was 57.22%. There was no correspondence between the indicators of qualitative (MMAS-4) and quantitative (COP-25) treatment adherence questionnaires. The lowest adherence in all areas of treatment was demonstrated by patients with RA – their total adherence was 52.41%, which corresponds to the borderline of medium and low levels of adherence. Patients with PsA were slightly more committed (55.11%). Patients with AS demonstrated 67.10% adherence to treatment in general, which corresponded to the average level of adherence and was significantly higher than for other diseases. The most vulnerable aspect is lifestyle modification. Young age is associated with a higher commitment to treatment.

**Conclusion.** Women with inflammatory diseases of the joints and spine have an average and low level of adherence to various treatment components, which may be one of the mechanisms for the formation of the phenotype of «difficult to treat» patients with RA, AS, and PsA. The findings highlight the need for comprehensive commitment enhancement strategies combining pharmacological, educational, behavioral, and psychological approaches.

**KEYWORDS:** treatment adherence, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Morisky – Green Short Questionnaire (MMAS-4), COP-25.

**CONFLICT OF INTEREST.** There is no conflict of interest.

**Funding.** The study had no sources of funding.

## Введение

Ревматические заболевания (РЗ) – одна из самых широких и многогранных нозологических групп, известных на сегодняшний день. РЗ представляют собой серьезную

медико-социальную проблему, связанную прежде всего с резким ухудшением качества жизни пациентов и высокой вероятностью развития стойкой нетрудоспособности.

Особое место в структуре РЗ занимают хронические воспалительные заболевания суставов и позвоночника, которые при отсутствии лечения или ответа на проводимую терапию приводят к необратимым изменениям опорно-двигательного аппарата с последующей инвалидизацией. В группе хронических воспалительных заболеваний суставов и позвоночника преобладают такие заболевания, как ревматоидный артрит (РА), анкилозирующий спондилит (АС) и псориатический артрит (ПсА) с распространенностью в популяции 0,61, 0,1 и 0,37% соответственно [1].

Целью терапии всех перечисленных заболеваний является улучшение долгосрочного качества жизни посредством контроля симптомов и воспаления, предотвращение прогрессирующего структурного повреждения, сохранение или нормализация социальной активности [2, 3]. Учитывая хронический характер данных патологий, для достижения целей терапии необходимы постоянное наблюдение, модификация образа жизни, пожизненный прием препаратов. Для лечения периферического артрита основой терапии являются препараты из группы иммунодепрессантов, для воздействия на проявления со стороны осевого скелета при спондилоартритах, к которым относятся АС и ПсА, используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) в постоянном режиме. При неэффективности стандартных схем назначаются таргетные синтетические и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Вспомогательной фармакологической группой для подавления активности заболевания выступают глюкокортикоиды, однако их длительное применение ограничено из-за риска системных осложнений.

В клинической практике нередко возникают ситуации, когда при достоверно установленном диагнозе и рационально подобранной терапии не удается достичь целевых показателей активности заболевания. Одной из ведущих причин этого является недостаточная приверженность пациентов врачебным рекомендациям. Персистирующая высокая активность выступает ярким фактором неблагоприятного прогноза для поражения опорно-двигательного аппарата, внутренних органов пациента, а также является причиной серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [4].

Имеются отдельные работы, оценивающие приверженность лечению у пациентов с РА и ПсА в контексте имеющейся коморбидности или приема конкретных препаратов [5, 6]. В отечественной и иностранной литературе отсутствуют исследования, изучающие исходную приверженность у пациентов с АС, а также сравнивающие приверженность лечению пациентов с различными хроническими воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника.

**Цель** настоящего исследования – сравнительный анализ исходной приверженности лечению пациентов с различными воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника.

### Материалы и методы

В одномоментное одноцентровое исследование была включена 91 женщина: 49 пациенток с достоверным РА, соответствовавшим критериям ACR/EULAR, 2010 [7], 27 пациенток с достоверным АС, соответствующим Нью-Йоркским

критериям, 1984 г. [8], 15 пациенток с ПсА согласно критериям CASPAR, 2006 г. [9]. Все пациентки проходили стационарное обследование в условиях ревматологического центра ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова.

Средний возраст пациенток составил 51 (41,5–57) год, средняя продолжительность заболевания – 10 (6–14) лет, средний возраст в дебюте – 41 (30–46) год.

Для оценки активности РА и ПсА использовали индекс DAS28, АС и спондилоартритического варианта ПсА – индексы активности BASDAI и ASDAS–CRP. Преобладали пациентки с умеренной и высокой активностью заболевания и 2–3-й рентгенологической стадией артрита (табл. 1).

Большинство пациенток (82,4%) на момент госпитализации получали базисную противовоспалительную терапию в постоянном режиме.

Критерии включения пациенток в исследование: женский пол; возраст от 18 до 65 лет; достоверный диагноз РА/АС/ПсА согласно классификационным/диагностическим критериям. Критериями исключения из исследования являлись другие ревматические заболевания, кроме РА, ПсА, АС, возраст старше 65 лет, беременность, лактация, коморбидные заболевания в стадии обострения.

Ограничением исследования стал относительно небольшой объем выборки, что не позволило установить взаимосвязи между получаемой терапией и приверженностью лечению у пациенток с различными заболеваниями суставов и позвоночника.

Всем пациенткам проводилось клиническое, лабораторное и рентгенологическое обследование.

Приверженность лечению оценивалась с помощью двух опросников. Для оценки лекарственной приверженности лечению использовался краткий опросник Мориски – Грина (ММАС-4) [10]. Для комплексной оценки потенциальной приверженности лечению использовался опросник количественной оценки приверженности КОП-25 [11].

Согласно опроснику ММАС-4, пациенты, набравшие 1–2 балла, считались неприверженными лекарственной терапии, 3 балла – недостаточно приверженными, с риском перехода в группу неприверженных лечению, набравшие 4 балла считались устойчиво приверженными [10].

Согласно опроснику КОП-25, включающему в себя оценку приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению, также выделялись три уровня приверженности: «низкий» (при нахождении в диапазоне менее 50%), «средний» (при нахождении в диапазоне от 50 до 75%) и «высокий» (при нахождении полученного результата в диапазоне значений 75% и более [11].

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.9.5 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро – Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова – Смирнова (при числе исследуемых более 50).

Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (М)

Таблица 1  
Характеристика обследованных пациентов, n=91

Показатель	Значение, М±SD / Ме [Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> ], n (%)
Возраст (лет), Ме	51,00 [41,5-57]
Длительность заболевания (лет), Ме	10,00 [6-14]
Возраст в дебюте заболевания (лет), Ме	41,00 [30-46]
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> ), М±SD	27,85±6,16
Активное курение, n (%)	4 (4,4%)
Низкая активность заболевания, n (%)	8 (8,8%)
Средняя активность заболевания, n (%)	37 (40,7%)
Высокая активность заболевания, n (%)	46 (50,5%)
Рентгенологическая стадия 1, n (%)	12 (13,2%)
Рентгенологическая стадия 2, n (%)	34 (37,4%)
Рентгенологическая стадия 3, n (%)	29 (31,9%)
Рентгенологическая стадия 4, n (%)	16 (17,6%)
Наличие базисной терапии на момент госпитализации, в т.ч. постоянного приема НПВП для пациентов с АС, n (%)	75 (82,4%)
Наличие ГИБТ или таргетной терапии на момент госпитализации, n (%)	18 (19,8%)

Примечания: НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты; АС – анкилозирующий спондилит; ГИБТ – генно-инженерная биологическая терапия.

и стандартных отклонений (SD). В качестве меры репрезентативности для средних значений указывались границы 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Ме) и нижнего и верхнего квартилей (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>).

Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. 95% доверительные интервалы для процентных долей рассчитывались по методу Клоппера – Пирсона.

Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого в каждой из групп соответствовало нормальному, выполнялось с помощью однофакторного дисперсионного анализа.

Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Корреляционные связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального). Различия считались статистически значимыми при p<0,05.

Все участники были подробно информированы и предоставили информированное письменное согласие. Все процедуры были одобрены этическим комитетом ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России.

## Результаты

Характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Пациентки с РА, АС, ПсА были сопоставимы по возрасту на момент госпитализации, возрасту в дебюте заболевания, индексу массы тела, длительности, активности заболевания на момент госпитализации, рентгенологической стадии, наличию базисной терапии (p>0,05). Доля пациенток, получающих ГИБТ или таргетную терапию, была значимо выше среди страдающих АС (p=0,008) (табл. 2).

Таблица 2  
Характеристика обследованных пациентов, n=91

Показатели	Диагноз			P
	РА	АС	ПсА	
Возраст (лет), М±SD	51,18 (10,33)	46,00 (9,12)	47,27 (15,17)	0,119
Длительность заболевания (лет), Ме [Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> ]	10,00 [6,00-14,00]	8,00 [5,00-15,50]	10,00 [7,00-17,00]	0,676
Возраст в дебюте заболевания (лет), Ме [Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> ]	42,00 [36,00-47,00]	38,00 [29,50-45,00]	33,00 [23,50-49,00]	0,218
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> ), Ме [Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> ]	27,61 [24,09-31,89]	27,82 [22,69-31,86]	30,06 [24,02-32,60]	0,971
Рентгенологическая стадия 1, n (%)	10 (20,4%)	1 (3,7%)	1 (6,7%)	0,195
Рентгенологическая стадия 2, n (%)	14 (28,6%)	14 (51,9%)	6 (40,0%)	
Рентгенологическая стадия 3, n (%)	18 (36,7%)	7 (25,9%)	4 (26,7%)	
Рентгенологическая стадия 4, n (%)	7 (14,3%)	5 (18,5%)	4 (26,7%)	
Низкая активность, n (%)	4 (8,2%)	2 (7,4%)	2 (13,3%)	0,812
Средняя активность, n (%)	22 (44,9%)	9 (33,3%)	6 (40,0%)	
Высокая активность, n (%)	23 (46,9%)	16 (59,3%)	7 (46,7%)	
Наличие базисной терапии на момент госпитализации, в т.ч. постоянного приема НПВП для пациентов с АС, n (%)	41 (83,7%)	16 (59,3%)	11 (73,3%)	0,064
Наличие ГИБТ или таргетной терапии на момент госпитализации, n (%)	4 (8,2%)	10 (37,0%)	4 (26,7%)	0,008*

Примечания: ИМТ – индекс массы тела; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты; АС – анкилозирующий спондилит; ГИБТ – генно-инженерная биологическая терапия; \* – различия статистически значимы (p<0,05).

При анализе приверженности медикаментозной терапии с использованием краткого опросника MMAS-4 в общей группе пациенток только 26 (28,6%) пациенток были приверженными медикаментозной терапии (3–4 балла), остальные 65 (71,4%) оказались не приверженными терапии (1–2 балла).

При анализе приверженности лечению с использованием опросника КОП-25 общая приверженность (А1) составила 57,22±16,99%, что соответствует среднему уровню приверженности, но стремится к его нижней границе. Приверженность отдельным направлениям лечения различалась: приверженность лекарственной терапии (АТ) составила 60,55±21,84%, приверженность медицинскому сопровождению (АВ) – 64,26±18,12%, что соответствует среднему уровню приверженности. Наиболее низкой была приверженность модификации образа жизни (АМ) – 48,70±16,81% – соответствует низкому уровню приверженности (табл. 3).

Приверженность лечению пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, n=91

Показатель		Значение, M±SD	Уровень приверженности
Доля приверженных лечению пациентов по результатам MMAS-4 (%)		28,6%	Низкий
КОП-25	Приверженность лекарственной терапии, АТ (%)	60,55±21,84	Средний
	Приверженность медицинскому сопровождению, АВ (%)	64,26±18,12	Средний
	Приверженность модификации образа жизни, АМ (%)	48,70±16,81	Низкий
	Приверженность лечению в целом, АИ (%)	57,22 ± 16,99	Средний

Примечания: MMAS-4 – сокращенный опросник Мориски – Грин; КОП-25 – опросник комплексной оценки приверженности Н. А. Николаева.

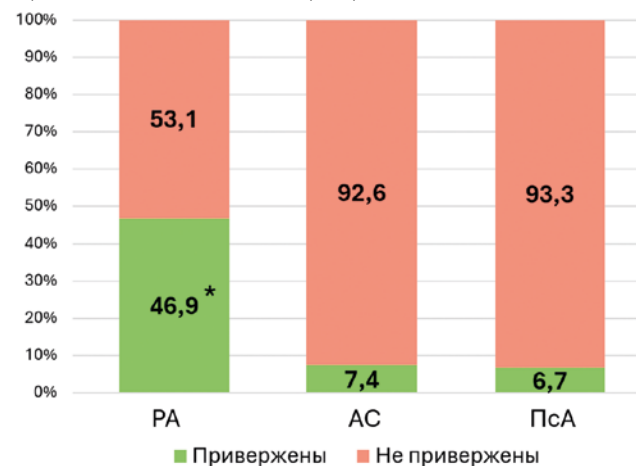


Рисунок 1. Приверженность медикаментозной терапии по результатам MMAS-4, n=91

Примечания: РА – ревматоидный артрит; АС – анкилозирующий спондилит; ПсА – псориатический артрит; \* –  $p < 0,001$  – достоверность различий между тремя группами пациенток (РА – АС – ПсА).

госпитализации и приверженностью медицинскому сопровождению ( $\rho = -0,339$ ,  $p = 0,001$ ), приверженностью модификации образа жизни ( $\rho = -0,370$ ,  $p < 0,001$ ) и приверженностью лекарственной терапии ( $\rho = -0,361$ ,  $p < 0,001$ ).

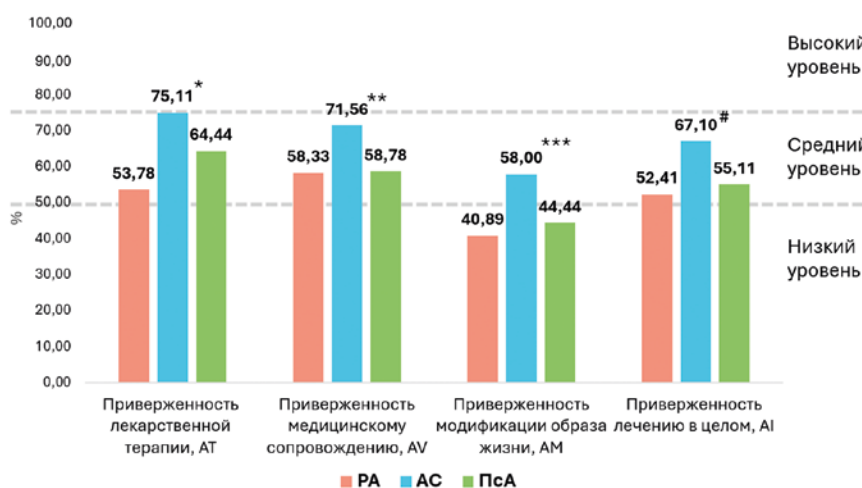


Рисунок 2. Приверженность лечению по результатам КОП-25, n=91

Примечания: РА – ревматоидный артрит; АС – анкилозирующий спондилит; ПсА – псориатический артрит; АТ – приверженность лекарственной терапии; АВ – приверженность медицинскому сопровождению; АМ – приверженность модификации образа жизни; АИ – приверженность лечению в целом. Достоверность различий по разным показателям между тремя группами (РА – АС – ПсА) обозначалась: \* –  $p = 0,025$ ; \*\* –  $p = 0,002$ ; \*\*\* –  $p = 0,002$ ; # –  $p < 0,001$ .

На рисунке 1 представлена сравнительная приверженность медикаментозной терапии пациенток с РА, АС и ПсА.

По результатам опросника MMAS-4 самыми приверженными оказались пациентки с РА (46,9%), в то время как пациентки с АС и ПсА продемонстрировали крайне низкий уровень приверженности (7,4 и 6,7% соответственно). Различия между группами были статистически значимыми ( $p < 0,001$ ) (рис. 1).

При анализе соответствующего показателя КОП-25 по приверженности лекарственной терапии, напротив, наименьшую приверженность продемонстрировали пациентки с РА (53,78%), а наибольшую – пациентки с АС (75,11%), пациентки с ПсА были привержены лекарственной терапии на 64,44%. Различия между тремя группами были статистически значимы ( $p = 0,025$ ).

Приверженность медицинскому сопровождению также значительно различалась в зависимости от диагноза ( $p = 0,002$ ). Самыми приверженными были пациентки с АС (71,56%), менее приверженными – пациентки с РА (58,33%) и ПсА (58,78%). Все показатели находились в пределах среднего уровня приверженности.

Самая низкая приверженность во всех группах пациентов наблюдалась в отношении модификации образа жизни. Уровень приверженности по этому показателю составил 58,00% при АС, что соответствовало среднему уровню, тогда как в группах пациенток с РА и ПсА показатели находились в пределах низкого уровня (40,89 и 44,44% соответственно). Различия между группами были статистически значимыми ( $p = 0,002$ ).

Так, по результатам оценки приверженности лечению в целом среди пациенток с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника по результатам опросника КОП-25, все пациентки обладали средним уровнем приверженности, однако были выявлены значимые различия в зависимости от диагноза ( $p < 0,001$ ). Наименьшую приверженность по всем направлениям лечения продемонстрировали пациентки с РА – их общая приверженность составила 52,41%, что соответствует границе среднего и низкого уровня приверженности. Пациентки с ПсА были несколько более приверженными (55,11%). Пациентки с АС продемонстрировали 67,10% приверженности лечению в целом, что также соответствовало среднему уровню приверженности (рис. 2).

Возраст на момент госпитализации, возраст в дебюте заболевания и длительность заболевания значимо не различались у пациенток с высокой и низкой приверженностью медикаментозной терапии по опроснику MMAS-4 ( $p > 0,05$ ).

Были установлены обратные взаимосвязи между приверженностью лечению в целом и длительностью заболевания ( $\rho = -0,430$ ,  $p < 0,001$ ), возрастом в дебюте заболевания ( $\rho = -0,318$ ,  $p < 0,002$ ). При анализе отдельных показателей обратные взаимосвязи были продемонстрированы между возрастом на момент

## Обсуждение

Проблема приверженности пациентов лечению все чаще становится объектом внимания врачей-исследователей различных специальностей [12, 13]. По данным недавнего обзора литературы, уровень приверженности терапии среди пациентов ревматологического профиля остается неоднородным: при РА он составляет в среднем около 65%, при остеоартрите наблюдается снижение приверженности медикаментозной терапии в основном по причине ее отсроченного эффекта, а также снижение приверженности к лечебной гимнастике – она составила только 37%. Среди пациентов с остеопорозом, не приверженных лечению, выявлено увеличение риска переломов на 16% [14].

Для эффективной борьбы с несоблюдением режима лечения необходимы точные инструменты для его измерения, поскольку самостоятельная запись имеет очевидные ограничения. В настоящее время наибольшей популярностью для применения в практической медицине пользуются краткие опросники, например MMAS-4, MMAS-8 [10], шкала приверженности национального общества доказательной фармакотерапии, отечественный опросник приверженности терапии [15] в связи с их простотой и меньшими временными затратами, однако существует определенный риск ошибок точности прогноза приверженности. Наиболее валидным инструментом считается опросник КОП-25, позволяющий количественно оценить приверженность по нескольким направлениям [16].

По результатам проведенного исследования, согласно опроснику MMAS-4, приверженными медикаментозной терапии оказались только 28,6% обследуемых пациенток с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника. Для более точной оценки приверженности лечению нами был использован количественный опросник КОП-25. Общая приверженность находилась в пределах среднего уровня, ближе к его нижней границе, и составила 57,2%. Показатель приверженности лекарственной терапии среди всех обследуемых женщин составил 60,5%, что было значительно выше, чем по результатам опросника MMAS-4, но соответствовало только средней степени приверженности.

Мы проанализировали приверженность лечению в группах больных РА, АС и ПсА, сопоставимых по основным демографическим и клиническим характеристикам заболеваний. Анализ приверженности в группах больных продемонстрировал неоднозначные результаты. Пациентки с РА были самыми приверженными лечению по результатам оценки опросника MMAS-4, тогда как по КОП-25 их уровень приверженности лекарственной терапии соответствовал лишь средним значениям. Также были получены различные результаты в отношении пациенток со спондилоартритами (АС и ПсА): при кратком опросе при помощи MMAS-4 число приверженных медикаментозной терапии пациенток не превышало 8%, однако по КОП-25 параметр приверженности лекарственной терапии был 75,1% при АС (высокий уровень), 64,4% при ПсА (средний уровень) соответственно. Такие расхождения могут отражать различную чувствительность опросников и особенности интерпретации пациентами вопросов, касающихся регулярности приема лекарств.

Примечательно, что по результатам КОП-25 во всех нозологических группах наименьшей оказалась приверженность

модификации образа жизни, в среднем она составила 48,7%, что соответствовало низкому уровню приверженности.

В настоящем исследовании установлены отрицательные корреляционные взаимосвязи между возрастом пациенток, длительностью заболевания и показателями приверженности лечению. Наибольшую приверженность по всем направлениям терапии демонстрировали молодые пациентки, а также пациентки с меньшей продолжительностью заболевания. Полученные данные согласуются с опубликованным ранее результатами исследования приверженности лечению у пациентов с РА [6]. В то же время в публикации Н. А. Николаева (2020) упоминается целый ряд исследований, в которых было продемонстрировано, что старший возраст является предиктором достаточной приверженности лечению [17]. Подобные расхождения могут быть обусловлены различиями в изучаемых выборках, поскольку многие из ранних исследований приверженности проводились преимущественно среди пациентов кардиологического профиля, для которых характерно постепенное ухудшение качества жизни при несоблюдении рекомендаций, что могло снижать приверженность среди молодых пациентов. Согласно данным П. О. Постниковой и соавт. (2022), приверженность лекарственной терапии у больных РА не зависела от возраста [18]. Среди обследованных нами пациенток причиной более высокой приверженности лечению в молодом возрасте может выступать выраженное снижение качества жизни при наличии активного воспаления в суставах и позвоночнике, страх инвалидизации в молодом возрасте из-за высокой вероятности развития деформаций скелета при отсутствии контроля над заболеванием, однако данный вопрос требует дальнейшего детального изучения.

По результатам еще одного исследования, у пациентов, принимающих двухкомпонентную и трехкомпонентную терапию по поводу любой хронической, в том числе аутоиммунной патологии, наблюдалось резкое снижение приверженности лечению по истечении 3–6 мес по сравнению с пациентами, находившимися на монотерапии [19]. Пациенты ревматологического профиля нередко получают несколько препаратов по причине необходимости профилактики лекарственных осложнений, комбинации противоревматических препаратов или наличия коморбидной патологии, требующей собственной терапии. С точки зрения уменьшения количества препаратов, принимаемых ежедневно, наиболее перспективны генно-инженерные биологические препараты с более редкой периодичностью введения. Эта позиция была подтверждена в исследовании приверженности у пациентов с псориазом и ПсА: пациенты, получающие биологические препараты, продемонстрировали более высокую приверженность лечению [20].

## Заключение

Низкая приверженность лечению – это глобальная проблема современной медицины, приводящая к снижению эффективности проводимой терапии и повышению вероятности развития неблагоприятного исхода [18].

Несмотря на доказательства наличия факторов, определяющих высокий или низкий уровень приверженности, прогнозирование и своевременное выявление пациентов с потенциально низкой вовлеченностью в лечение по-прежнему представляют собой сложную задачу.

Результаты проведенного исследования демонстрируют, что уровень приверженности лечению у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника в целом остается недостаточным. У большинства обследованных пациентов отмечается средний или низкий уровень приверженности различным направлениям терапии, что, вероятно, является одним из факторов формирования фенотипа «трудных для лечения» РА, АС, ПсА.

Наиболее уязвимым аспектом является модификация образа жизни, требующая длительных поведенческих изменений и высокой внутренней мотивации.

Более высокая приверженность наблюдалась среди молодых пациенток, что может быть связано с их большей осведомленностью, активной жизненной позицией и стремлением сохранить качество жизни и трудоспособность.

Полученные данные подчеркивают необходимость комплексных стратегий повышения приверженности, сочетающих фармакологические, образовательные, поведенческие и психологические подходы. Особое значение в этой связи приобретают стратегии, направленные на формирование устойчивой мотивации к изменению образа жизни и повышению ответственности пациента за результаты лечения.

Дальнейшие исследования в этом направлении могут способствовать выявлению точек приложения для воздействия на приверженность у данной категории пациентов и разработать персонализированные инструменты ее коррекции, что в конечном счете может способствовать повышению эффективности терапии и улучшению долгосрочного прогноза у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника.

#### Список литературы / References

- Гаушко Е. А., Насонов Е. Л. Распространенность ревматических заболеваний в России. Альманах клинической медицины. 2018; 46 (1): 32–39. DOI: 10.18786/2072-0505-2018-461-32-39
- Galushko E. A., Nasonov E. L. The prevalence of rheumatic diseases in Russia. The Almanac of Clinical Medicine. 2018; 46 (1): 32–39. (In Russ.). DOI: 10.18786/2072-0505-2018-461-32-39
- Чичасова Н. В., Лиля А. М. Биоаналоги в лечении ревматоидного артрита: современное состояние проблемы. Современная ревматология. 2024; 18 (6): 98–106. DOI: 10.14412/1996-7012-2024-6-98-106
- Chichasova N. V., Lila A. M. Bioanalogues in the treatment of rheumatoid arthritis: current status of the problem. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2024; 18(6): 98–106. (In Russ.). DOI: 10.14412/1996-7012-2024-6-98-106
- Darve, Abhijeet and Atul Deodhar. Treatment of axial spondyloarthritis: an update. *Nature reviews. Rheumatology*. 2022; 18 (4): 205–216. DOI: 10.1038/s41584-022-00761-z
- Toussiot, Eric. The Risk of Cardiovascular Diseases in Axial Spondyloarthritis. *Current Insights. Frontiers in medicine*. 2021; 782150 (8). DOI: 10.3389/fmed.2021.782150
- Никитина Н. М., Егорова Е. В. и др. Проблемы приверженности лечению коморбидных пациентов с ревматоидным артритом. Архив внутренней медицины. 2020; 5, 55 (10): 372–381. DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-5-372-381

- Nikitina N. M., Egorova E. V. and others. Problems of treatment adherence in comorbid patients with rheumatoid arthritis. *Archive of Internal Medicine*. 2020; 5, 55 (10): 372–381. (In Russ.). DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-5-372-381
- Santolero, Fiorenzo et al. Drug utilization and medication adherence for the treatment of psoriatic arthritis: an Italian study. *Global & regional health technology assessment*. 2024; 11: 191–199. DOI: 10.3393/grhta.2024.3204
- Jahid, Mohd et al. Overview of Rheumatoid Arthritis and Scientific Understanding of the Disease. *Mediterranean Journal of Rheumatology*. 2023; 34 (3): 284–291. DOI: 10.31138/mjr.20230801.oo
- Моисеев С. В., Новиков П. И., Гуляев С. В. и др. Анкилозирующий спондилит: подходы к диагностике и клиническая эффективность упадацинитоба. Клиническая фармакология и терапия. 2021; 30 (4): 62–70. DOI: 10.32756/0869-5490-2021-4-62-70
- Moiseev S. V., Novikov P. I., Gulyaev S. V. and others. Ankylosing spondylitis: diagnostic approaches and clinical efficacy of upadacitinib. *Clinical pharmacology and therapy*. 2021; 30 (4): 62–70. (In Russ.). DOI: 10.32756/0869-5490-2021-4-62-70
- Jamal, Maha et al. Increase in axial spondyloarthritis diagnoses after the introduction of the ASAS criteria: a systematic review. *Rheumatology international*. 2023; 43 (4): 639–649. DOI: 10.1007/s00296-022-05262-6
- Janke, Vaidehee et al. Evaluating the Effectiveness of Mobile Apps on Medication Adherence for Chronic Conditions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*. 2025; 27 (e60822). DOI: 10.2196/160822
- Николаев Н. А. Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25. Авторское руководство для врачей и исследователей. Научная монография. М.: Издательский дом «Академия естествознания». 2024. 100 с.
- Nikolaev N. A. The system of comprehensive assessment of adherence in medicine KOP-25. An author's guide for doctors and researchers. Scientific monograph. Moscow: Publishing house «Academy of Natural Sciences». 2024. 100 p. (In Russ.).
- Rucinski, Kylee et al. Patient Adherence Following Knee Surgery: Evidence-Based Practices to Equip Patients for Success. *The Journal of knee surgery*. 2023; 36 (14): 1405–1412. DOI: 10.1055/a-2154-9065
- Bourke, Matthew et al. Adherence to the World Health Organization's physical activity recommendation in preschool-aged children: a systematic review and meta-analysis of accelerometer studies. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2023; 20 (1): 52. DOI: 10.1186/s12966-023-01450-0
- Дикарева Е. А., Пиманов С. И. и др. Приверженность терапии в ревматологической практике. Обзор литературы. Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2022; 2 (21): 25–34. DOI: 10.22263/2312-4156.2022.225
- Dikareva E. A., Pimanov S. I. and others. Adherence to therapy in rheumatology practice. *Literature review. Bulletin of Vitebsk State Medical University*. 2022; 2 (21): 25–34. (In Russ.). DOI: 10.22263/2312-4156.2022.225
- Лукина Ю. В., Кутищенко Н. П. и др. Опросники и шкалы для оценки приверженности лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19 (3): 2562. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562
- Lukina Yu. V., Kutishenko N. P. and others. Questionnaires and scales for assessing adherence to treatment are the advantages and disadvantages of the diagnostic method in scientific research and real clinical practice. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2020; 19 (3): 2562. (In Russ.). DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562
- Окунев И. М., Кочергина А. М. и др. Комплексная оценка приверженности медикаментозной терапии у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности по данным разных опросников. РМЖ. Медицинское обозрение. Учредители: ООО «Русский медицинский журнал». 2022; 1 (6): 39–44. DOI: 10.32364/2587-6821-2022-6-1-39-44
- Okunev I. M., Kochergina A. M. and others. Comprehensive assessment of adherence to drug therapy in patients with acute decompensation of heart failure according to various breast cancer questionnaires. *Medical review. Founders: Russian Medical Journal LLC*. 2022; 1 (6): 39–44. (In Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2022-6-1-39-44
- Николаев Н. А., Мартьянов А. И. и др. Управление лечением на основе приверженности. *Consilium Medicum*. 2020; 5 (22): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020-5.200078
- Nikolaev N. A., Martynov A. I. and others. Commitment-based treatment management. *Consilium Medicum*. 2020; 5 (22): 9–18. (In Russ.). DOI: 10.26442/20751753.2020-5.200078
- Постникова П. О., Коваленко П. С. и др. Анализ приверженности лечению у больных ревматоидным артритом. Современная ревматология. 2022; 16 (4): 40–45. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-4-40-45
- Postnikova P. O., Kovalenko P. S. and others. Analysis of treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis. *Modern rheumatology*. 2022; 16 (4): 40–45. (In Russ.). DOI: 10.14412/1996-7012-2022-4-40-45
- Anghel LA, Farcaş AM. et al. Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12: 1151–1166. DOI: 10.2147/PPA.S165101
- Murage, Mwangi J et al. Medication adherence and persistence in patients with rheumatoid arthritis, psoriasis, and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *Patient preference and adherence*. 2018; 12: 1483–1503. DOI: 10.2147/PPA.S167508

Статья поступила / Received 05.03.2026

Получена после рецензирования / Revised 14.03.2026

Принята в печать / Accepted 15.03.2026

#### Сведения об авторах

**Юпатова Мария Игоревна**, ассистент, аспирант кафедры госпитальной терапии<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0001-8120-4424

**Агранат Филипп Дмитриевич**, студент 6-го курса института клинической медицины<sup>1</sup>. ORCID: 0009-0006-4415-5620

**Гафурова Лейла Рустемовна**, ассистент кафедры госпитальной терапии<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0001-5247-5815

**Егорова Екатерина Вячеславовна**, зав. ревматологическим отделением № 2<sup>2</sup>. ORCID: 0000-0003-2818-115X

**Кирносова Ольга Андреевна**, аспирант кафедры госпитальной терапии<sup>1</sup>. ORCID: 0009-0005-9671-8950

**Никитина Наталья Михайловна**, д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0002-0313-1191

#### About authors

**Yupatova Maria I.**, assistant, postgraduate student at Dept of Hospital Therapy<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0001-8120-4424

**Agranat Filip D.**, 6th-year student at the Institute of Clinical Medicine<sup>1</sup>. ORCID: 0009-0006-4415-5620

**Gafurova Leyla R.**, assistant at Dept of Hospital Therapy<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0001-5247-5815

**Egorova Ekaterina V.**, head of Rheumatology Dept № 2<sup>2</sup>. ORCID: 0000-0003-2818-115X

**Kirnosova Olga A.**, assistant, postgraduate student at Dept of Hospital Therapy, Faculty of Medicine<sup>1</sup>. ORCID: 0009-0005-9671-8950

**Nikitina Natalya M.**, Dr Med Sci (habil.), associate professor, head of Hospital Therapy Dept<sup>1</sup>. ORCID: 0000-0002-3463-7734

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия

<sup>2</sup> ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов, Россия

<sup>1</sup> Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovskiy, Saratov, Russia

<sup>2</sup> Regional Clinical Hospital, Saratov, Russia

Автор для переписки: Юпатова Мария Игоревна. E-mail: agent.smi@mail.ru

Corresponding author: Yupatova Maria I. E-mail: agent.smi@mail.ru

**Для цитирования:** Юпатова М. И., Агранат Ф. Д., Гафурова Л. Р., Егорова Е. В., Кирносорова О. А., Никитина Н. М. Приверженность лечению пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника. *Медицинский алфавит*. 2026; (12): 28–33. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-12-28-33>

**For citation:** Yupatova M. I., Agranat F. D., Gafurova L. R., Egorova E. V., Kirnosova O. A., Nikitina N. M. Treatment adherence of patients with inflammatory diseases of the joints and spine. *Medical alphabet*. 2026; (12): 28–33. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-12-28-33>