

Приверженность базисной терапии больных ревматоидным артритом, ее детерминанты и влияние на исходы заболевания

Л. Ф. Рябицева, А. Г. Солодовников, О. М. Лесняк

Областной ревматологический центр ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», кафедра семейной медицины ФПК и ПП ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Adherence to disease-modifying drugs in rheumatoid arthritis patients, its determinants and influence on clinical outcomes

L. F. Ryabitseva, A. G. Solodovnikov, O. M. Lesnyak

Rheumatology Department, Sverdlovsk Regional Hospital № 1, Department of Family Medicine, Ural State Medical Academy, Ekaterinburg

Резюме

Приверженность больных ревматоидным артритом (РА) рекомендуемому лечению базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и ее влияние на исходы заболевания у российских пациентов не изучалась.

Цель исследования — охарактеризовать состояние приверженности лечению базисными препаратами пациентов с РА.

Материал и методы. В одномоментном исследовании оценены 200 больных РА с продолжительностью наблюдения не менее года (средняя продолжительность заболевания 9,2 г.), обратившиеся на прием в областной ревматологический центр. Всем ранее рекомендовались БПВП. Оценивались демографические и клинические характеристики, рентгенологическая стадия, а также знания пациента о своем заболевании. Приверженными считались больные, принимавшие БПВП не менее 80% времени.

Результаты. Приверженными рекомендованному лечению были 22,5% больных РА. Приверженность не влияла на клинические признаки активности заболевания, но ассоциировалась с меньшей степенью деструкции суставов по рентгенологическим данным: ОШ=0,32 (95%ДИ: 0,15–0,67), $p=0,003$. Важнейшими детерминантами неприверженности были побочные эффекты БПВП, длительность заболевания и мнение пациента о неэффективности лечения.

Выводы. Приверженность рекомендуемому лечению при РА — низкая, что влияет на исходы заболевания. Необходимы мероприятия по ее повышению.

Ключевые слова: приверженность лечению, ревматоидный артрит.

Summary

Adherence to disease-modifying anti-inflammatory rheumatic drugs (DMARDs) in rheumatoid arthritis (RA) patients in Russia and its influence on clinical outcomes have not been studied.

The aim of this study was to assess the adherence to DMARDs in rheumatoid arthritis patients.

Methods. In cross-sectional study 200 RA patients were interviewed, and their records were analyzed. Inclusion criterion was the duration of follow-up more than a year (mean duration of the disease was 9.2 years). All patients were studied in a tertiary center, and all of them were advised to take different DMARDs. Demographic characteristics and clinical features were assessed, as well as knowledge of patients about RA. Patients were considered to be adherent if they took DMARDs more than 80% of time.

Results. 22.5% of RA patients were adherent. The adherence did not influence on clinical features of active inflammation, but it was associated to a less degree of joint destruction: OR=0.32 (95%CI: 0.15–0.67), $p=0.003$. The main determinants of non-adherence were adverse events of DMARDs, the duration of the disease and the opinion of the patient on the effectiveness of the drug.

Conclusion. The adherence to DMARDs in RA patients is low, and it has influence on clinical outcomes.

Key words: adherence, rheumatoid arthritis.

Л. Ф. Рябицева — заслуженный врач РФ, зав. ревматологическим отделением, Свердловская областная клиническая больница №1;

А. Г. Солодовников — ассистент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии;

О. М. Лесняк — д. м. н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины ФП и ПП Уральской государственной медицинской академии, гл. специалист Уральского Федерального округа по общей врачебной практике вице-президент Российской ассоциации по остеопорозу, член Президиума Ассоциации ревматологов России.

Ревматоидный артрит (РА) — одно из самых тяжелых хронических заболеваний, которое приводит к существенным медицинским и социально-экономическим потерям, снижению качества жизни и ранней смертности больных [1, 2, 3]. Вместе с тем, в последние годы взгляд на РА как на потенциально неизлечимое и прогностически абсолютно неблагоприятное заболевание пересматривается [4, 5]. Во многом это связано с расширением возможностей ранней диагностики РА, что позволяет начинать активную терапию в дебюте болезни, а также с разработкой

нового класса базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), способных тормозить прогрессирование аутоиммунного воспалительного процесса и приводить к ремиссии РА [6, 7].

В рандомизированных клинических испытаниях (РКИ) показано, что назначенная в ранней стадии, терапия БПВП сохраняет (улучшает) качество жизни пациента РА, увеличивает ее продолжительность и снижает общую стоимость медицинского обслуживания [8]. Очевидно, что ожидать подобного эффекта можно только при условии приверженности пациента лечению, которая в РКИ всегда высока. В реальной же жизни, по данным ряда авторов, от 35% до 55% больных РА имеют проблемы с приверженностью лечению [9-11]. Так, например, в берлинском ревматологическом центре через 3 года после назначения лечения 19% пациентов не принимали базисные препараты [12]. Проанализировав имеющиеся в литературе данные, мы не получили однозначного ответа о влиянии приверженности лечению на клинические исходы РА. Этот факт, а также отсутствие информации в отечественной литературе о проблеме приверженности больных лечению БПВП определили цель данного исследования — охарактеризовать состояние приверженности лечению базисными препаратами пациентов с РА.

Материал и методы

Это было одномоментное кросс-секционное исследование, в которое были последовательно включены пациенты, страдающие достоверным РА [13] и обратившиеся на прием ревматолога Свердловской областной клинической больницы №1 с декабря 2007 г. по май 2008 г. Критериями включения в исследование помимо достоверности диагноза были продолжительность болезни от момента установления диагноза до включения в исследование более года и наличие объективной информации о предшествующем течении заболевания и его лечении (амбулаторная карта, история болезни). Анализировались данные проведенных лабораторных исследований (СОЭ, РФ), проводилась рентгенография суставов с оценкой стадии болезни по Штейнбрökerу.

Набор больных в анализируемую группу был остановлен по достижении целевого количества: 200 человек, 135 из них были госпитализированы в стационар, 65 консультированы в поликлинике. Среди них 172 женщины (86,0%) и 28 мужчин (14,0%). Средний возраст больных $49,2 \pm 10,39$ лет. Давность заболевания в целом по группе составила в среднем $9,2 \pm 6,04$ г. У 51,7% пациентов диагноз был установлен в течение первых 12 мес. от дебюта заболевания.

Рентгенологическая стадия РА: у 4 больных (2,0%) — I, у 72 (36,0%) — II, у 105 (52,5%) — III, у 19 (9,5%) — IV. У 67 пациентов на момент осмотра отмечались системные проявления РА: у 36 (18%) — ревматоидные узелки, у 7 (3,5%) — нейропатия, у 24 (12,0%) — синдром Шегрена. У 2 чел. диагностирован амилоидоз. 150 (75%) пациентов были позитивны по ревматоидному фактору. У 42 (21%) больных выявлено поражение крупных суставов, требовавшее хирургической коррекции (асептический некроз, коксартроз, гонартроз). 9 чел. из них были ранее прооперированы (эндопротезирование). 139 (69,5%) пациентов имели группу инвалидности.

Активность болезни определялась с помощью комбинированного индекса активности DAS 28 (Disease Activity Score) [14,15] и включала при подсчете: число болезненных суставов (от 0 до 28), число опухших суставов (от 0 до 28), скорость оседания эритроцитов, интенсивность боли по ВАШ. Среднее значение DAS 28 по группе составило $5,4 \pm 0,93$ баллов. Степень функциональных нарушений суставов оценивалась с помощью опросника HAQ (Health Assessment Questionary) [14]. Среднее значение HAQ по группе составило $2,3 \pm 1,14$ баллов. Состояние больного на момент осмотра и интенсивность боли в суставах оценивались по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), градуированной от 0 до 100 мм [14]. Всем больным предлагалось указать на линии место, соответствующее их настоящему состоянию и выраженности боли в суставах.

Всем пациентом ранее ревматологом рекомендовались БПВП. Приверженность пациентов назначенной базисной терапии РА оценивалась на основании самообсуждений и анализа медицинской документации. Пациенты, принимавшие рекомендованные препараты за весь период от назначения базисной терапии до момента включения в исследование не менее 80% времени, были определены как приверженные лечению. Соответственно, больные, которые принимали базисные средства менее 80% времени от необходимого, определялись как неприверженные лечению.

Знания пациентов о заболевании, о важности лечения базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) оценивали по доле правильных ответов на вопросы специально разработанного вопросника, состоящего из 16 вопросов. Число правильных ответов выражали в процентах по отношению ко всем задаваемым пациенту вопросам.

Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием статистического пакета SPSS и эпидемиологического пакета STATA. Резуль-

таты представлены для количественных показателей в виде средней и стандартной ошибки средней ($M \pm m$), а для качественных показателей — в виде абсолютных (n) и относительных (%) частот. Для оценки нормальности распределения использовались критерии согласия Шапиро-Уилка и Д'Агостино.

По результатам проверки нормальности для сравнения двух групп по количественному признаку использовался критерий Аспина-Уэлча. Для сравнения качественных показателей в двух группах в случае таблиц 2×2 был использован точный критерий Фишера, в случае таблиц 2×3 и более — критерий χ^2 («хи-квадрат»). Для расчета отношения шансов (ОШ) без поправок применялась стандартная процедура, а с поправками на возможные сме-

щающие факторы — логистический регрессионный анализ.

Результаты

Среди анализируемой группы больных РА число пациентов, приверженных базисной терапии РА, составило 45 чел. (22,5%). Среди оставшихся 155 чел. (77,5%), не приверженных лечению, особое место занимали 10 больных, которые не принимают и никогда ранее не принимали базисные препараты, несмотря на то, что ревматологом они назначались неоднократно (первично не приверженные лечению).

В группе пациентов РА, не приверженных рекомендованному лечению, несколько преобладали мужчины (15,5% против 8,9% в группе приверженных, ОШ 1,95, 95%ДИ 0,67-

Таблица 1. Клиническая характеристика больных ревматоидным артритом в зависимости от приверженности лечению базисными препаратами

Признаки	Приверженные лечению, n= 45	Неприверженные лечению, n= 155	p
DAS 28*			
Средний балл	5,32±0,993	5,40±0,911	0,51
от 0 до 3,1	2 (4,4%)	4 (2,6%)	0,61
от 3,2 до 5,0	16 (35,6%)	47 (30,3%)	
от 5,1 и >	27 (60,0%)	104 (67,1%)	
HAQ**			
Средний балл	2,23 ±1,207	2,33±1,122	0,54
от 0 до 1,0	9 (20,0%)	19 (12,3%)	0,32
от 1, 1 до 2,0	11 (24,4%)	51 (32,9%)	
от 2,1и >	25 (55,6%)	85 (54,8%)	
ВАШ[^] (состояние здоровья)			
До 25 мм	1 (2,2%)	1 (0,6%)	0,54
26– 50 мм	10 (22,2%)	24 (15,5%)	
51– 75 мм	22 (48,9%)	81 (52,3%)	
76– 100 мм	12 (26,7%)	49 (31,6%)	
ВАШ[^] (ощущение боли)			
До 25 мм	1 (2,2%)	1 (0,6%)	0,22
26– 50 мм	3 (6,7%)	5 (3,2%)	
51– 75 мм	21 (46,7%)	56 (36,1%)	
76– 100 мм	20 (44,3%)	93 (60,0%)	
Системные проявления на момент осмотра			
Ревматоидные узелки	7 (15,6%)	29 (18,7%)	0,83
Синдром Шегрена	5 (11,1%)	19 (12,3%)	0,98
полинейропатия	2 (4,4%)	5 (3,3%)	0,66
Всего:	14 (31,1%)	53 (34,2%)	0,73
Поражения крупных суставов, требующие хирургической коррекции			
Асептический некроз головки бедра	0	8 (5,2%)	0,20
коксартроз	3 (6,7%)	9 (5,8%)	0,74
гонартроз	1 (2,2%)	12 (7,7%)	0,31
Из них оперированы (эндопротезирование суставов)	2 (4,4%)	8 (5,2%)	0,99
Всего:	4 (8,9%)	26 (16,8%)	0,24

Примечание. * DAS28 — комбинированный индекс активности ревматоидного артрита (см. в тексте), ** HAQ — опросник, оценивающий степень функциональных нарушений суставов (см. в тексте), [^] ВАШ — визуально-аналоговая шкала.

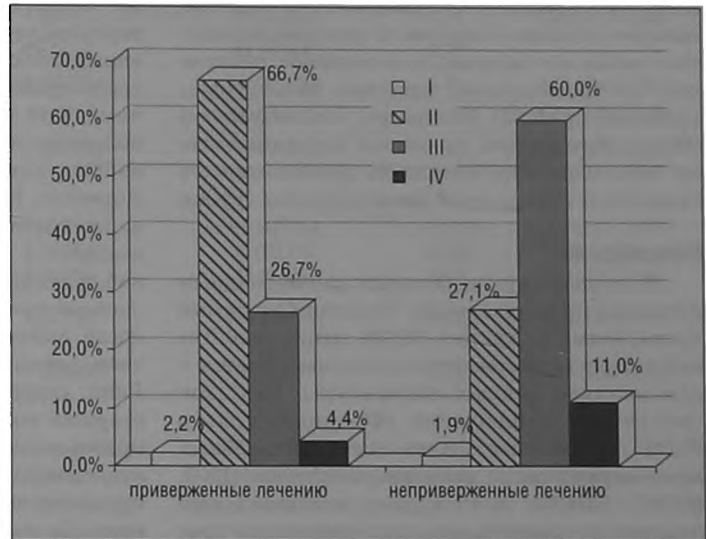
5,68, $p=0,23$). Средний возраст больных обеих групп был сопоставим ($49,1 \pm 9,3$ г. у приверженных и $48,9 \pm 10,6$ г. у неприверженных лечению, $p=0,79$). Обращает на себя внимание тот факт, что продолжительность заболевания в группе приверженных больных была статистически значимо меньше ($6,3 \pm 3,64$ г. против $11,3 \pm 6,26$ г. соответственно, $p < 0,0001$). Этот факт учитывался в дальнейшем при статистическом анализе. 25 (55,6%) приверженных пациентов во время осмотра находились в стационаре, среди неприверженных эта доля составила 110 (71,6%) ($p = 0,05$).

В табл. 1 приведена клиническая характеристика РА в зависимости от приверженности пациентов лечению базисными препаратами. По активности заболевания (DAS28), степени функциональных нарушений (HAQ), а также по выраженности боли и оценке состояния своего здоровья приверженные и неприверженные пациенты не различались. Частота системных проявлений РА на момент осмотра была одинаковой в обеих группах. Амилоидоз почек зарегистрирован только у неприверженных, но разница не была статистически значимой. Доли серопозитивных больных также были одинаковыми: 33 (75,0%) среди приверженных и 117 (80,7%) — среди неприверженных пациентов ($p=0,40$).

Вместе с тем, при анализе рентгенограмм пациентов оказалось, что глубина прогрессирования заболевания была значительно более выражена у больных, не приверженных лечению: в этой группе преобладали пациенты с III-IV стадиями по Штейнброкеру (71,0%), тогда как среди приверженных эти стадии имели только 31,1% ($p < 0,0001$) (рисунок). Логистический регрессионный анализ показал, что даже с учетом разницы в продолжительности заболевания в обеих группах, отмеченной выше, у приверженных больных риск развития III-IV ст. РА на 68% ниже по сравнению с неприверженными пациентами: ОШ = 0,32 (95%ДИ: 0,15-0,67), $p=0,003$.

Нами также была отмечена тенденция к более частому поражению головки бедра асептическим некрозом у неприверженных лечению пациентов: все 8 случаев относились к этой группе, хотя статистической разницы не получено, возможно, из-за малочисленности наблюдений. Разницы в частоте вторичного остео-

Рисунок Рентгенологическая стадия ревматоидного артрита по Штейнброкеру у пациентов приверженных лечению базисными препаратами по сравнению с группой неприверженных лечению ($p < 0,0001$).



артроза крупных суставов в обеих группах не было (табл. 1).

Одним из важных критериев тяжести заболевания является доля инвалидов. Среди приверженных больных она составила 57,8% (26 чел.), а среди неприверженных — 72,9% (113 чел.), $p=0,06$. При этом распределение больных по группам инвалидности статистически значимо не различалось (табл. 2). В целом, работающих больных было несколько больше среди приверженных: 25 чел. (56,5%) против 65 чел. (42,0%), $p=0,13$.

Особое значение для прогрессирования заболевания имеют первые годы от момента постановки диагноза и назначения лечения. В связи с этим мы проанализировали группу больных, заболевших в 1997-1998 гг. Среди приверженных их было 8 чел. (17,8%), среди неприверженных — 26 (16,8%) (табл. 3). Как свидетельствуют данные анализа, 37,5% болеющих в течение 10 лет приверженных пациентов не имели инвалидности, что в два раза выше, чем у неприверженных лечению (19,2%). Доля больных с III-IV ст. заболевания также различалась: 37,5% и 69,2% соответственно. Статистической разницы, однако, не было, возможно, из-за малочисленности групп.

Возможные детерминанты неприверженности лечению больных РА проанализированы в табл. 4. Пациенты, имевшие в анамнезе побочные эффекты базисного лечения, имели 9-кратный риск быть неприверженными лечению. При этом наиболее прогностически неблагоприятна диспепсия (ОШ=10,56, $p=0,005$). Па-

циенты, самостоятельно отменявшие базисные препараты (в том числе, в 40% случаев убежденные в их неэффективности), имели риск стать неприверженными, в 80 раз превышавший риск у пациентов, принимавших решение, посоветовавшись с врачом. С неприверженностью также ассоциировалось семейное неблагополучие (разведенные, вдовство, незамужние/холостые) ($p=0,02$). Интересно, что ни уровень общего образования, ни знания пациента о своем заболевании не влияли на принадлежность пациента к той или иной анализируемой группе.

Обсуждение

В нашей группе больных ревматоидным артритом приверженными терапии базисными препаратами оказались 22,5% пациентов. Такая низкая приверженность прослеживается и при анализе данных литературы. Так, при трехлетнем наблюдении (Франция) только 77,2% пациентов с РА на всех контрольных визитах принимали назначенное лечение (ГКС, НПВС, БПВП), причем доля комплаентных больных не различалась существенно во всех учреждениях. При этом 35,7% больных были последовательно комплаентны, а 23,8% — последовательно некомплаентны [16,17]. По данным другой группы исследователей (Турция), наблюдавших 100 больных РА в течение длительного времени, 30,2% пациентов были последовательно комплаентны и 11,6% — последовательно некомплаентны [18].

Средний возраст больных обеих групп в нашем исследовании был сопоставим ($49,1 \pm 9,3$ г. у приверженных и $48,9 \pm 10,6$ г. у неприверженных лечению, $p=0,79$). Пол больного также не оказывал влияния на шанс быть приверженным (хотя частота мужчин среди приверженных больных была вдвое ниже, чем среди неприверженных, но статистически незначимо, $p=0,23$). Несколько иные данные были получены другими авторами. Так, по данным наблюдения в течение 3 лет 556 пациентов Норвегии, Нидерландов и Франции более приверженными оказались пациенты старшего возраста и женщины [16,17]. При длительном наблюдении 100 пациентов с РА (Турция) с оценкой приверженности и показателей активности заболевания (СОЭ, С-реактивный протеин, ревматоидный фактор, суставной индекс Ричи, утренняя скованность и опросник HAQ) старший возраст также был связан с большей приверженностью [18]. Вместе с тем, в нашем исследовании в группе приверженных общая продолжительность болезни и продолжительность болезни до установления диагноза оказались короче, что согласуется с данными литературы, свидетельствующими об уменьшении приверженности лечению с течением времени [19, 20].

Неприверженные пациенты оказались менее благополучными в семейной жизни они реже состояли в браке (62% против 80%), чаще были разведены, чаще оставались вдо-

Таблица 2. Распределение приверженных и неприверженных пациентов ревматоидным артритом по группам инвалидности

Группа инвалидности	Приверженные лечению, n=45	Неприверженные лечению, n=155	p
I	0	1 (0,6%)	0,15
II	10 (22,2%)	58 (37,4%)	
III	16 (35,6%)	54 (34,8%)	
Всего инвалидность	26 (57,8%)	113 (72,9%)	0,06

Таблица 3. Рентгенологическая стадия ревматоидного артрита и инвалидность у пациентов с продолжительностью заболевания 10 лет

Признак	Частота в группе приверженных лечению, n=8	%	Частота в группе неприверженных лечению, n=26	%	p
Рентгенологическая стадия по Штейнбрюкеру					
I	0	0	1	3,8	0,29
II	5	62,5	7	26,9	
III	3	37,5	16	61,5	
IV	0	0	2	7,7	
Группы инвалидности					
II группа	1	12,5	12	46,2%	0,22
III группа	4	50,0	9	34,6%	
Не имеют инвалидности	3	37,5	5	19,2%	

Таблица 4. Детерминанты неприверженности лечению базисными препаратами больных ревматоидным артритом

Признак	Группа приверженных, n=45	Группа неприверженных, n=155	p	ОШ, 95% ДИ
Мужской пол	4 (8,9%)	24 (15,5%)	0,23	1,95 (0,67–5,68)
Средний возраст	49,1±9,3	48,9±10,6	0,79	–
Возраст 51–60 лет	19 (42,2%)	56 (36,1%)	0,46	0,77 (0,40–1,51)
Семейное неблагополучие (одинокие)	9 (20%)	59 (38,1%)	0,02	2,46 (1,12–5,38)
Высшее и среднее образование	40 (88,9%)	142 (91,6%)	0,58	1,37 (0,48–3,92)
Побочные эффекты базисных препаратов как причина отмены препарата (всего)	3 (6,7%)	61 (42,1%)	<0,0001	9,08 (2,85–28,76)
диспепсия	1 (2,2%)	30 (20,7%)	0,005	10,56 (1,76–∞)
дерматит	1 (2,2%)	14 (9,6%)	0,13	4,37 (0,71–∞)
Самостоятельная отмена лечения пациентом	1 (2,2%)	100 (69,0%)	<0,0001	80 (13,50–∞)
% правильных ответов на опросник знаний о РА	31 (68,9%)	102 (65,8%)	0,70	0,87 (0,43–1,76)

вами/ вдовцами. Из-за особенностей дизайна нашего исследования (одномоментное исследование) невозможно определить, что было первичным — семейное неблагополучие как причина неприверженности или неприверженность лечению через более сложные взаимодействия (более тяжелое течение РА) привела к семейным проблемам.

Анализ клинических данных показал, что прием базисных препаратов менее 80% от рекомендованного времени ухудшает прогноз болезни. Это проявлялось в более быстром нарастании степени разрушения суставов у неприверженных больных, в группе которых преобладали III и IV рентгенологические стадии РА (69,7%). Даже с учетом разницы в продолжительности болезни в обеих группах логистический регрессионный анализ показал, что риск развития III-IV стадии РА у приверженных на 68% ниже по сравнению с неприверженными пациентами. Отмечена также тенденция к более частому асептическому некрозу головки бедренной кости у неприверженных больных.

Число инвалидов в изучаемой нами группе неприверженных пациентов составило 113 человек (72,9%), среди приверженных их было 26 (57,8%), $p=0,06$. Особое значение для прогрессирования заболевания имеют первые годы от момента постановки диагноза и назначения лечения. Анализ показал, что в группе пациентов, заболевших в 1997–1998 гг., среди неприверженных — инвалидов оказалось в 2 раза больше (19,2%). Больных с III-IV ст. заболевания при стаже болезни 10 лет было в группе неприверженных — 69,2%, в группе приверженных — 37,5%. Статистической разницы, однако, не было, возможно, из-за малочисленности групп.

Что касается активности болезни, то она в группах приверженных и неприверженных существенно не различалась, так как поводом для обращения к ревматологу областного центра, как правило, служит обострение процесса (большей или меньшей степени выраженности). Оценка степени функциональных нарушений (HAQ) и состояния здоровья (ВАШ) также не имели существенного различия в ответах пациентов в предлагаемых вопросниках. Однако, приверженные пациенты оказались несколько более работоспособными: работающих больных среди приверженных было 25 (56,5%) против 65 (42,0%) неприверженных ($p=0,13$).

Главными детерминантами неприверженности лечению оказались побочные эффекты и самоотмена базисных препаратов. Пациенты неприверженные значительно чаще (131,7% против 37,8%) отменяли лечение: из-за побочных эффектов в 42,1% случаев, самоотмена в 41,4%. Принимая при этом самостоятельное решение об отмене препарата, они имели риск стать неприверженными в 80 раз чаще, чем пациенты, принимавшие решение после консультации ревматолога. В целом, побочные эффекты базисной терапии значительно чаще встречались у неприверженных пациентов, особенно часто — диспепсия.

Наши данные согласуются с результатами опроса больных РА в Великобритании, показавшего, что опасение побочных эффектов у неприверженных пациентов было выше, чем у приверженных ($p=0,002$) [21]. В США также 40% пациентов с РА и системной красной волчанкой прекратили лечение из-за побочных эффектов, 20% — из-за недостаточной эффективности. Более низкое образование и побочные эффекты были главными причинами неприверженности. Интересно, что более распро-

странены проблемы с приверженностью среди афро-американцев и испанцев [22]. Авторы другого американского исследования сделали вывод, что отношение пациентов к своему здоровью, эффективность лечения и побочные эффекты влияют на их приверженность лечению и другим рекомендациям врача. Стратегии улучшить приверженность могли бы включить следующее: попытку изменить взгляды пациентов относительно эффективности лечения, их реалистические ожидания в отношении риска/выгоды, сокращение барьеров, ограничивающих взаимодействие между пациентом и врачом [23].

Ни уровень общего образования наших пациентов, ни уровень знания их о своей болезни (согласно ответам на опросник) не влияли на принадлежность их к той или иной группе по приверженности. В то же время, в медицинском университете Японии была продемонстрирована высокая эффективность образовательной программы для пациентов РА. К концу исследования 85% больных, обучавшихся в течение 7 занятий по 30 минут, оставались приверженными, в то время как в группе контроля их осталось 55%. Однако никакого влияния на клинические и лабораторные маркеры воспаления образовательной программы не было обнаружено [24]. Наши пациенты в целом имели представление о тяжести и прогнозе своей болезни и необходимости приема базисных препаратов, но образовательных программ в группах (школ здоровья) с целью увеличения числа приверженных лечению пациентов с ними не проводилось.

Таким образом, наше исследование подтвердило низкую приверженность российских больных РА рекомендованному лечению базисными препаратами. Неприверженность лечению оказывает влияние на такие ведущие клинические характеристики ревматоидного артрита, как степень разрушения суставов и инвалидизация больных. Большое значение в формировании неприверженности имеют побочные эффекты базисной терапии, длительность заболевания и мнение пациента о неэффективности проводимого лечения. Необходима разработка стратегий, направленных на повышение приверженности пациентов рекомендованному лечению.

Литература

1. Сигидин Я. М., Лукина Г. В. Ревматоидный артрит. Москва, «АНКО», 2001.
2. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis. Clin. North. Am.* 2001; 27: 269-81.
3. Pincus T, Callahan L. What is the natural history of rheumatoid arthritis. *Rheum. Dis. Clin. North. Am.* 1993; 1: 123
4. Насонов Е. Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита — взгляд в 21 век. *Клин. медицина* 2005; 6: 8-12.
5. Насонов Е. Л., Каратеев Д. Е., Чичасова Н. В. и др. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита. *Клин. фармакология и терапия* 2005; 14(1): 72-75.
6. Лучихина Е. Л. Ритуксимаб: современная терапия ревматоидного артрита. *Современная ревматология*, 2008; 2: 74-76.
7. Wendling D, Materne GE, Michel F, et al. Infliximab continuation rates in patients with rheumatoid arthritis in everyday practice. *Joint Bone Spine.* 2005; 72 (4): 309-12.
8. Насонов Е. Л. Лечение ревматоидного артрита: современное состояние проблемы. *РМЖ* 2006; 14 (8): 573-577.
9. Grijalva CG, Chung CP, Arbogast PG, et al. Assessment of adherence to and persistence on disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care.* 2007;45 (10): 66-76.
10. Lekkerkerker F., Kanis J.A., Alsayed N., et al. Adherence to treatment of osteoporosis: a need for study. *Osteoporos Int.* 2007; 18: 1311-17.
11. Taal E, Rasker JJ, Seydel ER, et al. Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* 1993; 20 (2-3): 63-76.
12. Westhoff G, Zink A. Basic treatment of early rheumatoid arthritis. Abstaining from rheumatological care and preferring alternative medicine increase the risk of undertreatment. *Z Rheumatol.* 2007; 66 (2):121-4, 126-8.
13. Arnett F.C., Edworthy S., Bloch D.A. et al. The American rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthr. Rheum* 1988; 31: 315-24.
14. Насонов Е. Л., Чичасова Н. В., Имамединова Г. Р. Методы оценки поражения суставов, активности заболевания и функционального состояния больных ревматоидным артритом. *Метод. пособие для врачей*, М., 2001; 32. 15. van der Heijde D.M., van Hof M.A. van Riel P.L.C.M. et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first Stepp in the development of a disease activity score. *Ann. Rheum. Dis* 1990;49: 916-20.
16. Viller F, Guillemin F, Brian?on S, et al. Compliance with drug therapy in rheumatoid arthritis. A longitudinal European study. *Joint Bone Spine.* 2000; 67 (3):178-82.
17. Viller F, Guillemin F, Brian?on S, et al. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *J Rheumatol.* 1999; 26 (10):2114-22.
18. Tuncay R, Eksio?lu E., Cakir B., et al. Factors affecting drug treatment compliance in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2007; 27(8):743-6
19. de Klerk E, van der Heijde D, Landew? Ret all. Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and gout. *J Rheumatol.* 2003; 30(1):44-54.
20. de Klerk E., van der Heijde D., Landewe R., et al. The compliance-questionnaire-rheumatology compared with electronic medication event monitoring: a validation study. *J Rheumatol.* 2003; 30(11):2469-75
21. Neame R, Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2005;44 (6):762-7.
22. Garcia-Gonzalez A, Richardson M, Garcia Popa-Lisseanu M, et al. Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol.* 2008; 8 [Epub ahead of print]
23. Garcia Popa-Lisseanu MC, Greisinger A, Richardson M, et al. Determinants of treatment adherence in ethnically diverse, economically disadvantaged patients with rheumatic disease. : *J Rheumatol.* 2005; 32(5): 913-9.
24. Kyngas H, Rissanen M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *J. Clin Nurs.* 2001;10(6):767-74.