



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Умаров Ф.Х., Саидова М.М.

Бухарский Государственный медицинский институт

В настоящее время при многих внутренних заболеваниях широкое распространение получили образовательные программы для пациентов, использование которых позволяет значительно повысить эффективность медикаментозной терапии, снизить частоту обострений и улучшить качество жизни больных. На протяжении десятилетий активно функционируют школы для больных с различными хроническими заболеваниями [1–6]. В последние годы этот подход используется и при ревматоидном артрите (РА). Обучающие программы (по изменению стереотипа двигательной и функциональной активности и др.), наряду с лечебной физкультурой, ортопедическими пособиями, достижением и поддержанием рекомендуемой массы тела, сбалансированной диетой, физиотерапией, санаторно-курортным лечением, лежат в основе немедикаментозного лечения больных РА [7,8,9]. Вместе с тем поменялось и отношение к мониторингу болезни. Для регулярной оценки активности заболевания и своевременной коррекции терапии при РА разработаны приемлемые в рутинной клинической практике международные индексы, в том числе DAS28 (Disease Activity Score 28) [8,16,17]. На настоящий момент использование новых классификационных критериев РА (2010) позволяет установить диагноз на более ранних стадиях заболевания, нежели критерии Американской коллегии ревматологов (ACR 1987 г. [11]. Ремиссия, которая является основной целью терапии РА, вполне достижима на современном этапе, поскольку ревматолог обладает достаточным арсеналом базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), способных эффективно подавлять активность болезни [9]. Предложен ряд моделей обучения пациентов с артритом, направленных не только на повышение уровня знаний о болезни, но и на выработку правильного поведенческого стереотипа и улучшение психологического статуса [12,13,14,18,19]. Однако требуют обоснования и дальнейшего изучения вопросы раннего начала образовательных программ, их структуры и методологии, а также эффективности.

Проблема низкой приверженности больных хроническими заболеваниями назначаемому врачом лечению в последнее время привлекает к себе все больше внимания. Всемирной организацией здравоохранения неадекватная приверженность лечению признается «международной проблемой поразительной величины», при этом отмечается, что «приверженность долгосрочной терапии при хронических болезнях колеблется в пределах 50%»



[12]. В реальной жизни при низкой доле больных, придерживающихся рекомендаций врача, результаты лечения лекарственными препаратами, высокая клиническая эффективность которых была доказана в специально спланированных рандомизированных клинических испытаниях (РКИ), могут быть существенно хуже. Таким образом, низкая приверженность лечению является важной проблемой здравоохранения и клинической практики. Без сотрудничества пациента с врачом по вопросам лечения ни своевременная диагностика, ни обеспечение современными лекарственными препаратами не могут быть достаточно эффективными. Установлено, что в США 11,7% всех расходов на здравоохранение приходится на оплату госпитализаций, обусловленных низкой приверженностью хронических больных к предписанной терапии, что обходится стране приблизительно в 100 млрд. долларов в год [13]. Одно из самых тяжелых хронических заболеваний человека - ревматоидный артрит (РА), который характеризуется выраженным воспалением с пролиферацией синовиальной оболочки суставов, поражением внутренних органов и систем, многолетним персистированием активности воспаления и постепенным разрушением структур суставов и периартикулярных тканей [18,19]. Это заболевание является удобной моделью для изучения приверженности лечению при хронических болезнях и ее влияния на их исходы, в том числе, на время наступления стойкой нетрудоспособности, поскольку клинический сценарий РА при отсутствии адекватной терапии разворачивается обычно очень быстро. Уже в течение первых 5 лет болезни более 40% больных РА становятся инвалидами в связи с тяжелой деструкцией суставов [19]. Этот факт позволяет за довольно короткий промежуток времени изучить влияние недостаточной приверженности на темпы прогрессирования болезни. Лечение РА ориентировано на подавление активности и прогрессирования заболевания и включает ряд стратегий, эффективность которых доказана. К ним, в первую очередь, относятся раннее назначение патогенетического лечения всем больным; 4 многолетнее контролируемое лечение с постоянной оценкой активности и прогрессировали РЛ и тщательный мониторинг переносимости [8,9]. Целями проводимого лечения являются уменьшение выраженности симптомов артрита и внесуставных проявлений; предотвращение деструкции, нарушений функции и деформации суставов; сохранение (улучшение) качества жизни; достижение ремиссии и увеличение продолжительности жизни до популяционного уровня [6]. Основную роль в достижении указанных целей играет патогенетическое лечение так называемыми базисными противовоспалительными препаратами, подавляющими иммунное воспаление. Эта терапия должна проводиться всем без исключения пациентам с достоверным РА, длительность ее не ограничена даже, несмотря на снижение активности заболевания и достижение ремиссии. В РКИ показано, что назначенная в ранней стадии базисная терапия сохраняет (улучшает) качество



жизни пациента РА, увеличивает ее продолжительность, снижает общую стоимость медицинского обслуживания [7,8,18]. Очевидно, что ожидать подобного эффекта можно только при условии приверженности пациента лечению, которая в РКИ всегда высока. В реальной же жизни, по данным ряда зарубежных авторов, от 35% до 55% больных РА имеют проблемы с приверженностью лечению ученые, отметили низкую приверженность лечению у российских больных. Проанализировав имеющиеся в литературе данные, мы не получили однозначного ответа о влиянии приверженности лечению на клинические исходы РА. Требуют детализации детерминанты неприверженности. Эти факты, а также отсутствие информации в отечественной литературе о частоте и причинах неприверженности больных РА лечению базисными противовоспалительными препаратами определили цель данного исследования. Выявление причин низкой приверженности больных РА лечению позволит внести необходимые коррективы в систему оказания медицинской помощи этому контингенту больных и наметить основные пути повышения приверженности лечению при различных хронических неинфекционных заболеваниях, включая РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гнездилова ЕВ. Опыт работы «Школы для больных хроническим обструктивным бронхитом». Клиническая медицина. 2002;80(12):57-60
2. Данилов ЮА, Карташов ВТ, Бакшеев ВИ. Обучение больных ишемической болезнью сердца, перенесших операции на коронарных артериях, в «школе коронарных больных». Клиническая медицина. 2003;81(3):47-50
3. Дедов ИИ, Анциферов МБ, Галстян ГР и др. Обучение больных сахарным диабетом. Москва: Берг; 1999. С. 304
4. Лесняк ОМ, Пухтинская ПС. Школа здоровья. В кн.: Лесняк ОМ, редактор. Остеоартрит: Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. 104 с
5. Михайлова НВ, Калинина АМ, Олейников ВГ и др. Школа здоровья для пациента – важнейший фактор качества медицинской помощи. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2004;(2):3-10
6. Насонов ЕЛ, Каратеев ДЕ, Балабанова РМ. Ревматоидный артрит. В кн.: Насонов ЕЛ, Насонова ВА, редакторы. Ревматология: Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. С. 290-331
7. Насонов ЕЛ, редактор. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. С. 752
8. Насонов ЕЛ, редактор. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. С. 182-4 [Nasonov EL, editor. Revmatologiya. Klinicheskie rekomendatsii



9. Насонов ЕЛ. Фармакотерапия ревматоидного артрита – современные рекомендации. *Врач.* 2007;(1):38-42
10. Оганов РГ, редактор. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией: Информационно-методическое пособие для врачей. Москва; 2002. 62 с
11. Arnett FC, Edworth SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31(3):315-24. doi: 10.1002/art.1780310302
12. Kholmurodovich U. F. Liver Pathology In Rheumatoid Arthritis //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 11-15.
13. Kholmurodovich U. F. Damage to the digestive system when using non-steroidal anti-inflammatory drugs //European journal of modern medicine and practice. – 2022. – Т. 2. – №. 1. – С. 6-16.
14. Niedermann K, Fransen J, Knols R, et al. Gap between short and long term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Arthritis Care Res.* 2004;51(3):388-98. doi: 10.1002/art.20399
15. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, et al. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2:003688.
16. Smolen JS, Alethaha D, Bijlsma JW, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(4):631-7. doi: 10.1136/ard.2009.123919
17. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(4):964-75. doi: 10.1136/ard.2009.126532
18. Umarov F. X. Jigar Hujayralarining Dori Vositalari Ta'sirida Zararlanishi //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 1-10.
19. Umarov F. K. The Effect of Pharmacological Agents on the Liver //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2022. – Т. 1. – №. 10. – С. 4-16.
20. Warsi A, La Valley MP, Wang PS, et al. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum.* 2003;48(8):2207-13. doi: 10.1002/art.11210