

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Е.А. Кудряшов¹, Т.Б. Заболотских¹, В.В. Скибицкий¹, К.С. Сухомлинова¹, П.С. Гопкало¹, Ю.А. Кудряшова²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма», Краснодар, Россия

Цель: провести сравнительную оценку приверженности лечению беременных и небеременных репродуктивного возраста. **Материал и методы:** обследованы 115 женщин (60 беременных и 55 небеременных) репродуктивного возраста от 18 до 49 лет. Все пациентки заполняли онлайн электронный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25) с дальнейшим автоматическим расчётом результатов и выдачей заключения. Оценивался прогноз приверженности модификации образа жизни (МОЖ), медицинскому сопровождению (МС), лекарственной терапии (ЛТ), общая приверженность лечению (ОПЛ) в зависимости от возраста, образования, трудового статуса, вредных привычек, количества родов, наличия артериальной гипертензии (АГ), ожирения, экстрагенитальной патологии. Уровень приверженности лечению оценивался как низкий при показателе <50%, средний — при показателе 50–75% и высокий — при показателе >75%. **Результаты:** приверженность МОЖ у беременных соответствовала среднему уровню, а небеременных — низкому. Низкий уровень приверженности МОЖ выявлен у 33,3% беременных и у 58,2% небеременных женщин. Значения ОПЛ в обеих группах находились в диапазоне среднего уровня приверженности, но были выше у беременных. В структуре ОПЛ у беременных в отличие от небеременных реже встречался низкий (21,7% против 38,2%), чаще — высокий уровень (28,3% против 10,9%). Значения приверженности МС и ЛТ и распределение по уровням не различались между группами. В группе беременных высокий уровень приверженности МС продемонстрировали пациентки со средним образованием и не употреблявшие алкоголь. В группе небеременных были привержены только ЛТ женщины со средним образованием и отсутствием курения в сравнении с курящими и пациентками с высшим образованием. **Заключение:** современным методом определения приверженности лечению является электронный опросник КОП-25. Приверженность МОЖ и ОПЛ была достоверно выше у беременных и соответствовала среднему уровню, показатели приверженности МС и ЛТ не различались между группами и также находились на среднем уровне. У всех обследованных женщин не выявлено взаимосвязи между приверженностью МОЖ, ОПЛ, МС, ЛТ и изучаемыми факторами: возрастом, количеством родов, трудовым статусом, наличием АГ, ожирения. Более приверженными лечению были беременные и небеременные со средним образованием и без вредных привычек.

Ключевые слова: беременность, приверженность лечению, модификация образа жизни, КОП-25, опросники количественной оценки приверженности, артериальная гипертензия.

Для цитирования: Кудряшов Е.А., Заболотских Т.Б., Скибицкий В.В., Сухомлинова К.С., Гопкало П.С., Кудряшова Ю.А. Сравнительная оценка приверженности лечению у беременных и небеременных репродуктивного возраста. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2024;5(4):99-110. DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-4-99-110.

Контактное лицо: Кудряшов Евгений Анатольевич, kudrashov@mail.ru.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF ADHERENCE IN PREGNANT AND NON-PREGNANT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Е.А. Kudryashov¹, Т.Б. Zabolotskikh¹, В.В. Skibitsky¹, К.С. Sukhomlinova¹, П.С. Gopkalo¹, Yu.A. Kudryashova²

¹Federal public budgetary educational institution of the higher education "Kuban state medical university" of Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

²Federal public budgetary educational institution of the higher education Kuban State University of Physical Education, Sports and Tourism, Krasnodar, Russia

Objective: to conduct a comparative assessment of adherence to the treatment of pregnant and non-pregnant reproductive age. **Material and methods:** 115 women (60 pregnant and 55 non-pregnant) of reproductive age from 18 to 49 years old were examined. All patients completed an online electronic questionnaire of quantitative adherence to treatment with further automatic calculation of results and issuance of a conclusion. The prognosis of adherence to lifestyle modification (LSM), adherence to medical support (MS), adherence to drug therapy (DT), total adherence to treatment (TAT) was assessed depending on age, education, labor status, bad habits, the number of births, the presence of hypertension (AH), obesity, extragenital pathology. Adherence was assessed as low in terms of < 50%, mean 50–75%, and high > 75%. **Results:** adherence to LSM in pregnant women corresponded to a mean level, and non-pregnant to a low level. Low adherence to LSM was found in 33.3% of pregnant and 58.2% of non-pregnant women. TAT values in both groups were in the range of mean adherence, but were higher in pregnant women. In the structure of TAT in pregnant women, unlike non-pregnant women, there was a lower level (21.7% versus 38.2%) and more often a high level (28.3% versus 10.9%). The adherence values of MS and DT and the level distribution did not differ between the groups. In the pregnant group, patients with secondary education and who did not drink alcohol demonstrated a high level of adherence to MS. In the non-pregnant group, only DT adheres to women with secondary education and no smoking were committed compared to smokers and patients with higher education. **Conclusion:** the current method of determining adherence to treatment is the electronic questionnaire. Adherence to LSM and TAT was significantly higher in pregnant women and corresponded to the mean level, adherence rates to MS and DT did not differ between groups and were also at the mean level. In all examined women, there was no relationship between adherence to LSM, TAT, MS, DT and the studied de facto frames: age, number of births, labor status, presence of AH, obesity. More committed to treatment were pregnant and non-pregnant women with secondary education and no “bad” habits.

Keywords: pregnancy, adherence, lifestyle modification, the questionnaires for quantitative assessment of adherence, hypertension.

For citation: Kudryashov E.A., Zabolotskikh T.B., Skibitsky V.V., Sukhomlinova K.S., Gopkalo P.S., Kudryashova Yu.A. Comparative assessment of adherence in pregnant and non-pregnant women of reproductive age. South Russian Journal of Therapeutic Practice. 2024;5(4):99-110. DOI: 10.21886/2712-8156-202-5-4-99-110.

Corresponding author: Evgeny A. Kudryashov, kudrashov@mail.ru.

Введение

Приверженность лечению — одна из важных проблем ведения пациентов с любой соматической патологией. Низкая приверженность лечению даже на фоне адекватно подобранной терапии зачастую приводит к развитию осложнений, ухудшению течения заболевания и прогноза [1,2].¹

Факторами, влияющими на приверженность, независимо от клинической патологии, являются возраст пациента, уровень образования, дохода, наличие вредных привычек, коморбидных состояний, доступность препаратов, кратность их приема и т.д. [3–7].

Приверженность лечению у беременных с той или иной патологией имеет особое значение, так как может оказать существенное воздействие на развитие осложнений, исходы беременности, дальнейшую жизнь женщины и плода/ребенка.

Определение индивидуального уровня приверженности и управление ею во многих случаях даёт больший эффект, чем модификация или улучшение комплексной медикаментозной терапии.

К настоящему времени сформировались разные подходы к оценке приверженности лечению.

Наиболее распространённым методом изучения приверженности являются различные опросники [8]. Однако все эти опросники (например, MMAS-4, MMAS-8) имеют объективные и субъективные методические недостатки, порой искажающие показатели приверженности лечению и снижающие валидность этих тестов [9–11].

Практикующему врачу необходим доступный, удобный в использовании, универсальный инструмент для оценки различных показателей приверженности лечению больных с различной соматической патологией. В настоящее время в РФ таким инструментом является электронный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), рекомендованный Российским национальным руководством «Приверженность лечению» для практических врачей и размещенный на сайте Минздрава России. Этот опросник позволяет быстро в режиме онлайн получить значения (в графическом и текстовом формате) наиболее важных показателей приверженности: модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинского сопровождения у пациентов с различными заболеваниями [10, 12, 13]. Достаточным уровнем приверженности лечению может считаться уровень >75%, а оптимальным — более 80% [3,9].²

¹ Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf. Last Accessed Date: 07.09.2019.

² Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению КОП-25 (Министерство здравоохранения Российской Федерации; Рубрикатор клинических рекомендаций: Справочники / Клинические шкалы, индексы, опросники) <https://cr.minzdrav.gov.ru/scale/6495e25a-110c-4814-8d5f-0d426ff93e20>

В единичных работах проводилась оценка приверженности лечению у беременных, в частности с артериальной гипертензией (АГ), но только с использованием методики Мориски-Грина [14,15]. Исследования сравнительной оценки различных показателей приверженности лечению у беременных и небеременных с использованием электронного опросника КОП-25 в литературе отсутствуют.

В связи с вышеизложенным представляется важным проведение исследования различных показателей приверженности лечению с помощью электронного опросника КОП-25 у беременных и небеременных репродуктивного возраста от 18 до 49 лет, которые обращаются в женскую консультацию. Практический интерес может заключаться и в выяснении возможных взаимосвязей приверженности лечению и некоторых клиничко-демографических показателей у женщин (возраст, образование, трудовой статус, наличие вредных привычек, экстрагенитальной патологии, количества родов и др.).

Цель исследования — провести сравнительную оценку приверженности лечению беременных и небеременных репродуктивного возраста в реальной клинической практике.

Материал и методы

Обследованы 115 пациенток (60 беременных и 55 небеременных) репродуктивного возраста от 18 до 49 лет при визите (апрель 2024 г.) в одну из женских консультаций г. Краснодара [16]. Обращение в женскую консультацию было плановым или обусловленным различными акушерско-гинекологическими причинами. Независимо от клинической ситуации и причин обращения предполагалось оценить отношение всех пациенток к здоровому образу жизни, следованию рекомендациям врача, назначаемой лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. Все женщины после подписания информированного согласия с участием интервьюера заполняли онлайн (<http://www.prognoz-med.ru/#/>) в приложении «Приверженность лечению» электронный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), рекомендованный Российским национальным руководством «Приверженность лечению» для практических врачей и размещенный на сайте Минздрава России. Анкета состояла из 25 вопросов с 6 вариантами ответов, автоматическим расчётом результатов и выдачей заключения в графическом/текстовом формате. Оценивался прогноз приверженности модификации образа жизни (МОЖ), медицинскому

сопровождению (МС), лекарственной терапии (ЛТ), общей приверженности лечению (ОПЛ) у беременных и небеременных репродуктивного возраста в зависимости от возраста, образования, трудового статуса, вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя), количества родов, наличия артериальной гипертензии (АГ), ожирения, экстрагенитальной патологии. В качестве последней пациентки отмечали хронический гастрит, железодефицитную анемию, аутоиммунный тиреоидит, псориаз, хронические синуситы, пиелонефрит, астму в стадии ремиссии.

Приверженность определялась как количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной приверженности» (принятой за 100%) поэтому наибольшее значение показателя составило 100%. Уровень приверженности лечению оценивалась как низкий при показателе <50%, как средний — при показателе 50–75% и как высокий — при показателе >75% [3, 9].

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.2.7 (разработчик — ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ).

В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при неравных дисперсиях выполнялось с помощью t-критерия Уэлча.

Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнение процентных долей при анализе четырёхпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10), точного критерия Фишера (при значениях ожидаемого явления менее 10). В качестве количественной меры эффекта при сравнении относительных показателей нами использовался показатель отношения

Таблица / Table 1

Некоторые клинико-демографические показатели у обследованных женщин
Some clinical and demographic indicators in examined women

Показатель		Беременные n (%)	Небеременные n (%)	p
Уровень образования	Среднее	30 (50,0)	15 (27,3)	0,013
	Высшее	30 (50,0)	40 (72,7)	
Трудовой статус	Не работают	19 (31,7)	19 (34,5)	0,743
	Работают	41 (68,3)	36 (65,5)	
Статус курения	Не курят	57 (95,0)	36 (65,5)	<0,001
	Курят	3 (5,0)	19 (34,5)	
Употребление алкоголя	Не употребляют	54 (90,0)	29 (52,7)	<0,001
	Употребляют	6 (10,0)	26 (47,3)	
Наличие АГ	Нет	47 (78,3)	39 (70,9)	0,360
	Есть	13 (21,7)	16 (29,1)	
Наличие ожирения	Нет	49 (81,7)	47 (85,5)	0,624
	Есть	11 (18,3)	8 (14,5)	
Экстрагенитальная патология	Нет	43 (71,7)	31 (56,4)	0,087
	Есть	17 (28,3)	24 (43,6)	

Примечание: p — статистические различия показателей у беременных и небеременных.

Note: p — statistical differences between pregnant and non-pregnant patients

шансов с 95%-ным доверительным интервалом (ОШ; 95% ДИ). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Беременные пациентки были на 5 лет моложе небеременных — $29,00 \pm 6,71$ (95% ДИ 27,27–30,73) лет и $34,29 \pm 9,59$ (95% ДИ 31,70–36,88), $p < 0,001$ соответственно.

Некоторые клинико-демографические показатели у обследованных женщин представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы, доля пациенток с высшим образованием была больше в группе небеременных, среди беременных количество лиц со средним и высшим образованием было равным. Выявлены статистически значимые различия между беременными и небеременными пациентками в отношении вредных привычек: табакокурения — 5% и 34,5% и приёма алкоголя — 10% и 47,3% соответственно. Количество женщин с АГ, ожирением, экстрагенитальной патологией, трудовым статусом в группах было сопоставимым.

Показатели приверженности лечению у обследованных пациенток представлены в таблице 2.

Как следует из таблицы, приверженность МОЖ была выше у беременных и соответствовала среднему уровню приверженности (в диапазоне 50–75%), в то время как у небеременных она была на низком уровне (<50%). Косвенным подтверждением этого служит и большая частота выявления нами вредных привычек в группе небеременных (см. табл. 1).

Значения приверженности МС и ЛТ не различались между группами и соответствовали среднему уровню. Уровень ОПЛ был выше в группе беременных и также соответствовал среднему уровню.

Одной из задач нашего исследования было выяснение взаимосвязи клинико-демографических показателей и приверженности лечению (табл. 3).

Как следует из таблицы, показатели приверженности лечению у всех обследованных женщин имели слабую отрицательную корреляционную связь (или же она отсутствовала с возрастом). С возрастом у беременных снижалась приверженность МС, а у небеременных — МОЖ, МС и ОПЛ.

При анализе взаимосвязи количества родов у беременных (от 0 до 4) и показателей приверженности лечению корреляционная связь отсутствовала.

Анализ ассоциации приверженности лечению с другими клинико-демографическими по-

Таблица / Table 2

Показатели приверженности лечению у обследованных женщин
Rates of adherence in examined women

Показатель	Беременные (n=60)	Небеременные (n=55)	p
	M ± SD (95% ДИ) (используемый метод — t-критерий Стьюдента)		
Приверженность модификации образа жизни (МОЖ), %	61,28 ± 19,36 (56,28 – 66,28)	49,51 ± 15,27 (45,38 – 53,63)	<0,001
Приверженность медицинскому сопровождению (МС), %	72,99 ± 19,21 (68,02 – 77,95)	66,27 ± 19,78 (60,93 – 71,62)	0,068
	Me (Q ₁ – Q ₃) (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни)		
Приверженность лекарственной терапии (ЛТ), %	70,50 (55,36 – 83,78)	65,33 (41,82 – 78,00)	0,138
Общая приверженность лечению (ОПЛ), %	64,84 (52,35 – 78,53)	56,77 (37,71 – 69,08)	0,010

Примечание: p — статистические различия показателей у беременных и небеременных.

Note: p — statistical differences between pregnant and non-pregnant patients.

Таблица / Table 3

Взаимосвязь возраста и различных показателей приверженности лечению у обследованных женщин
Relationship of age and different adherence rates in examined women

Показатель	Беременные (n=60)			Небеременные (n=55)		
	Характеристика корреляционной связи					
	r _{xy}	Теснота связи по шкале Чеддока	p	r _{xy}	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Возраст – Приверженность МОЖ	-0,004	Нет связи	0,974	-0,111	Слабая	0,421
Возраст – Приверженность МС	-0,172	Слабая	0,188	-0,230	Слабая	0,091
Возраст – Приверженность ЛТ	-0,069	Нет связи	0,598	-0,017	Нет связи	0,901
Возраст – ОПЛ	-0,059	Нет связи	0,654	-0,148	Слабая	0,282

Примечание: p — статистические различия между двумя показателями (возраст – соответствующая приверженность) внутри каждой из групп женщин.

Note: p — statistical differences between the two indicators (age – corresponding adherence) within each of the groups of women.

казателями не выявил зависимости приверженности лечению от трудового статуса, наличия/отсутствия АГ и ожирения у всех обследованных женщин.

Установлены определённые взаимоотношения между уровнем образования, наличием вредных привычек, экстрагенитальной патологией и некоторыми показателями приверженности лечению (табл. 4).

Согласно данным, представленным в таблице, приверженность МС была выше у беременных со средним образованием, чем с высшим, и соответствовала высокому уровню (>75%). У беременных, употреблявших алкоголь, приверженность ЛТ и ОПЛ была ниже, чем у не употреблявших его, и соответствовала низкому уровню (<50%). При этом у беременных, не употреблявших алкоголь, приверженность МС

Таблица / Table 4

Зависимость приверженности лечению от некоторых клинико-демографических показателей у обследованных женщин
Dependence of adherence to treatment on some clinical and demographic indicators in examined women

Показатель		Приверженность к МОЖ	Приверженность к МС	Приверженность к ЛТ	Общая приверженность лечению (ОПЛ)	
		Беременные (n=60)				
		М±SD (95% ДИ)	Me (Q ₁ – Q ₃)	Me (Q ₁ – Q ₃)	Me (Q ₁ – Q ₃)	М±SD (95% ДИ)
Образование	Среднее	62,59 ± 18,31 (55,75 – 69,43)	81,00* (67,16 – 93,33)	74,56 (54,28 – 84,00)	67,68 ± 18,36 (60,82 – 74,53)	
	Высшее	59,97 ± 20,58 (52,29 – 67,65)	66,67 (57,44 – 82,75)	69,16 (56,22 – 79,50)	61,37 ± 18,63 (54,41 – 68,33)	
		М ± SD (95% ДИ)				
Приём алкоголя	Нет	62,65 ± 19,08 (57,45 – 67,86)	75,17 ± 18,42* (70,14 – 80,20)	69,12 ± 20,03* (63,66 – 74,59)	66,39 ± 18,12* (61,44 – 71,34)	
	Да	48,91 ± 18,92 (29,06 – 68,76)	53,35 ± 15,67 (36,91 – 69,80)	49,28 ± 19,51 (28,80 – 69,75)	47,73 ± 15,16 (31,81 – 63,64)	
		Me (Q ₁ – Q ₃)			М ± SD (95% ДИ)	
Экстрагенитальная патология	Нет	63,33* (50,22 – 80,44)	77,78 (58,66 – 91,78)	72,00 (56,22 – 83,89)	66,46 ± 19,30 (60,52 – 72,40)	
	Есть	48,56 (43,44 – 61,11)	69,44 (61,11 – 74,67)	61,33 (52,78 – 75,00)	59,63 ± 16,26 (51,28 – 67,99)	
		Me (Q ₁ – Q ₃)			М ± SD (95% ДИ)	
Показатель		Приверженность к МОЖ	Приверженность к МС	Приверженность к ЛТ	Общая приверженность лечению (ОПЛ)	
		Небеременные (n=55)				
		М ± SD (95% ДИ)		Me (Q ₁ – Q ₃)		
Образование	Среднее	48,63 ± 17,94 (38,70 – 58,57)	74,33 ± 21,42 (62,47 – 86,19)	77,33* (62,72 – 88,61)	67,72 (48,00 – 75,02)	
	Высшее	49,83 ± 14,38 (45,23 – 54,43)	63,25 ± 18,51 (57,33 – 69,17)	59,61 (34,00 – 74,78)	54,59 (35,59 – 67,93)	
Статус курения	Нет	50,52 ± 16,54 (44,93 – 56,12)	67,31 ± 20,20 (60,47 – 74,14)	72,11* (51,33 – 81,67)	63,42 (44,33 – 71,08)	
	Да	47,58 ± 12,70 (41,46 – 53,70)	64,31 ± 19,34 (54,99 – 73,63)	52,00 (33,17 – 70,16)	52,14 (35,20 – 65,16)	

Примечание: * — различия показателей внутри каждой из групп женщин (p<0,05).

Note: * — differences in indicators within each of the groups of women (p<0,05).

соответствовала высокому уровню (>75%). У беременных с экстрагенитальной патологией приверженность МОЖ соответствовала низкому уровню (<50%) и была ниже, чем у беременных без такой патологии, хотя наличие последней, казалось бы, должно мотивировать их к более высокой приверженности здоровому образу жизни.

У небеременных была выявлена связь только между приверженностью ЛТ, уровнем образова-

ния и статусом курения. Небеременные со средним образованием имели высокий уровень приверженности (>75%) по сравнению с пациентками с высшим образованием (59,61%). Курящие также были менее привержены ЛТ по сравнению с некурящими.

Каждый показатель приверженности (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ) имеет три уровня (низкий — <50%, средний — 50–75%, высокий — >75%). Мы проанализировали распределение этих уровней вну-

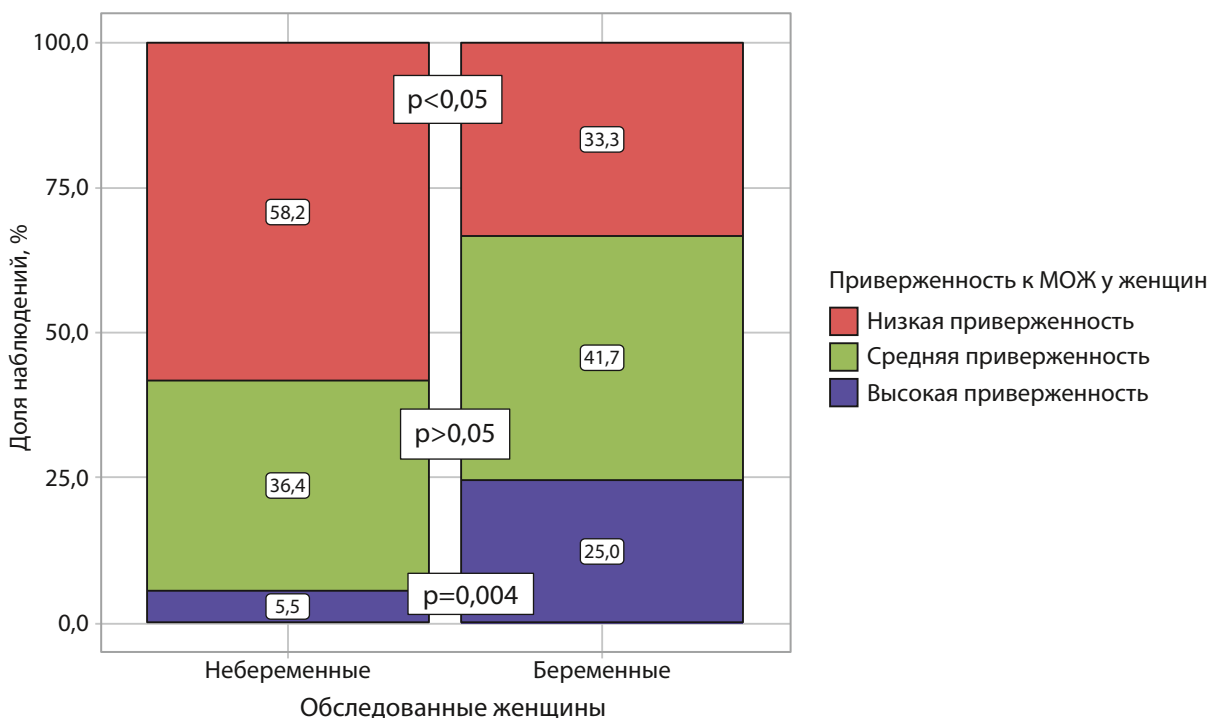


Рисунок 1. Приверженность модификации образа жизни (МОЖ) у обследованных женщин

Примечание: p — статистические различия между соответствующими показателями уровней приверженности у беременных и небеременных.

Figure 1. Adherence to lifestyle modification (LSM) in women examined

Note: p — statistical differences between the corresponding rates of adherence in pregnant and non-pregnant women.

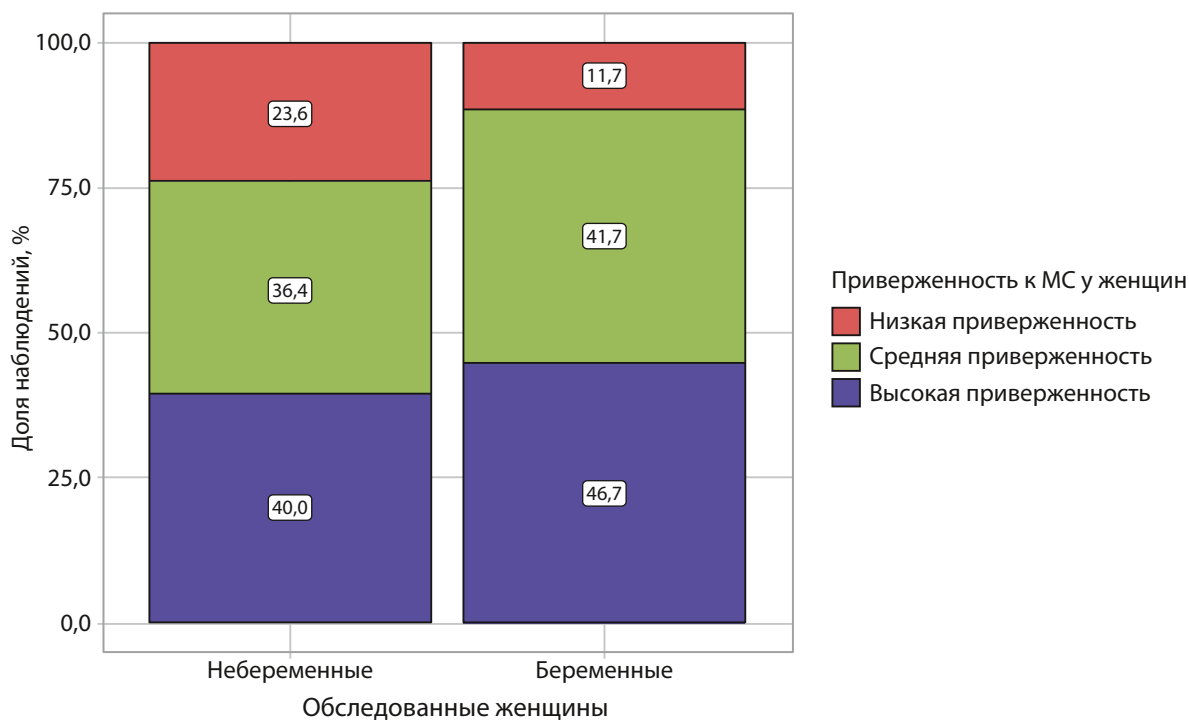


Рисунок 2. Приверженность медицинскому сопровождению (МС) у обследованных женщин

Figure 2. Adherence to medical support (MS) in women examined

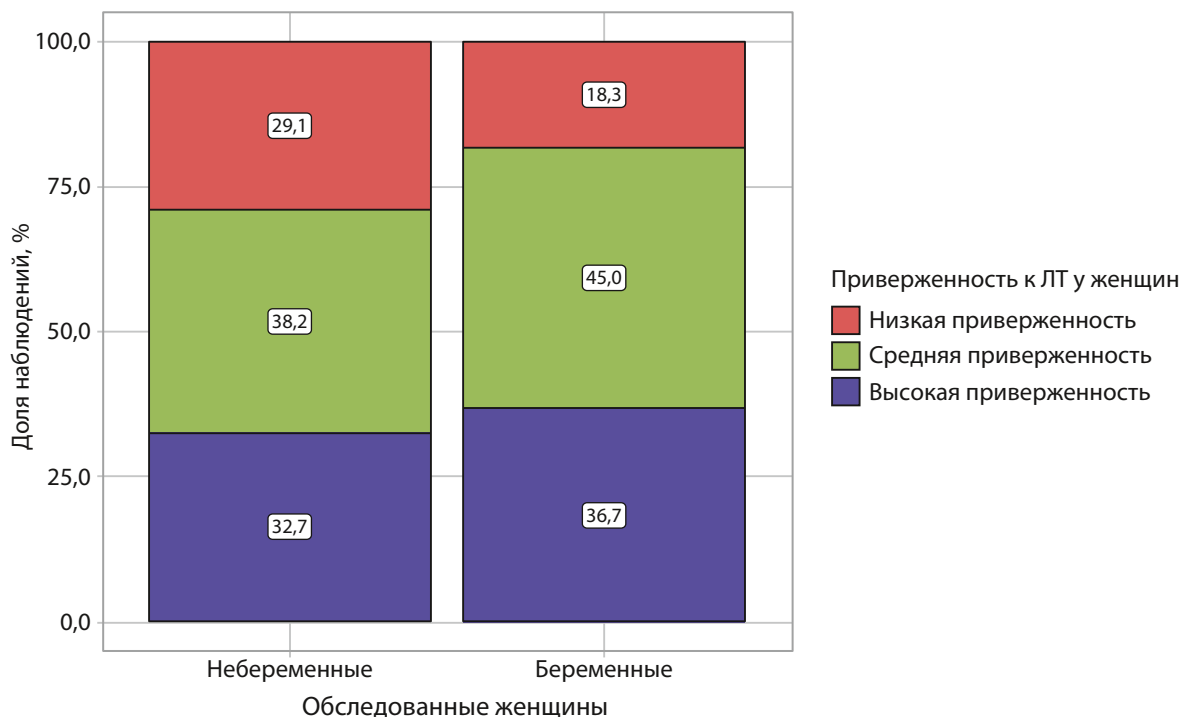


Рисунок 3. Приверженность лекарственной терапии (ЛТ) у обследованных женщин
Figure 3. Adherence to drug therapy (DT) in examined women.

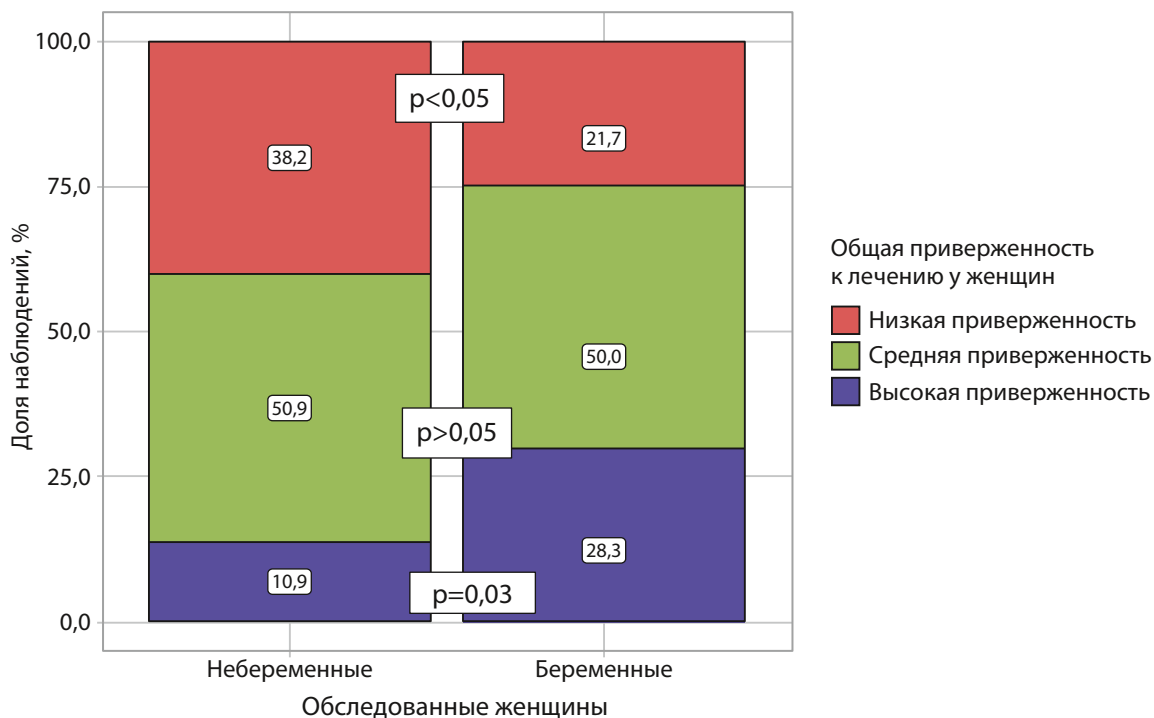


Рисунок 4. Общая приверженность лечению (ОПЛ) у обследованных женщин

Примечание: p — статистические различия между соответствующими показателями уровней приверженности у беременных и небеременных.

Figure 4. Total adherence to treatment (TAT) in women examined

Note: p — statistical differences between the corresponding rates of adherence in pregnant and non-pregnant women.

три каждого показателя приверженности лечению у всех обследованных женщин.

Полученные результаты представлены на рисунках 1–4.

Оказалось, что 1/3 беременных имела низкий, а каждая четвертая — высокий уровень приверженности МОЖ. Вместе с тем, более чем у половины небеременных имел место низкий уровень приверженности МОЖ, в то время как высокий наблюдался в 5 раз реже. Выявленные различия были статистически значимы.

Распределение уровней приверженности (низкий, средний, высокий) МС и ЛТ у беременных и небеременных статистически не различались между собой ($p>0,05$) (рис. 2 и 3).

Анализ распределения уровней ОПЛ показал, что у беременных реже регистрировался низкий уровень приверженности (у 21,7%) по сравнению с небеременными (у 38,2%). Количество пациенток с высоким уровнем приверженности чаще выявлялось в группе беременных (у 28,3%), чем у небеременных (у 10,9%) (рис. 4). Выявленные различия были статистически значимы.

Обсуждение

Целью нашего исследования была сравнительная оценка приверженности лечению, а также встречаемости некоторых клинико-демографических показателей у беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста от 18 до 49 лет [16].

Согласно полученным результатам, беременные были моложе на 5 лет небеременных.

В нашей работе выявлены межгрупповые различия по некоторым клинико-демографическим показателям. Среднее и высшее образование имели одинаковое количество беременных (50%). В то время как в группе небеременных высшее образование отмечено у 72,7%. Сопоставимые результаты получены в других исследованиях. Так, по данным одной из клиник г. Тулы, 50% беременных и 71% небеременных имели высшее образование [17]. По результатам другого исследования, проведенного в женских консультациях г. Иваново, 56,2% беременных имели высшее образование [18]. Статус курения и употребление алкоголя чаще отмечали небеременные пациентки по сравнению с беременными (34,5% против 5% и 47,5% против 10% соответственно). Очевидно, что беременные женщины более мотивированы к отказу от вредных привычек. Похожие результаты были получены в других исследованиях, в которых 12,4% беременных подтвердило статус курения, причем

91% из них имело высшее образование и осознавали вред табакокурения [4, 18]. По данным некоторых исследований, около 5–8% преждевременных родов и 13–19% срочных родов ребенком с низкой массой тела ассоциировано с курением матери во время беременности [19]. Употребление алкоголя даже в незначительных количествах ведёт к патологическим исходам беременности [20, 21]. По данным разных авторов, приём алкоголя отмечали от 8,8 до 14,7% беременных [18, 22]. В нашем исследовании получен аналогичный результат: 10% беременных употребляло алкоголь.

Трудовой статус, наличие/отсутствие АГ, ожирения, экстрагенитальной патологии статистически не различались у женщин разных групп. АГ выявлена у 21,7% беременных и 29,1% небеременных женщин ($p>0,05$), что заметно ниже общепопуляционных показателей. Так, по данным исследования ЭССЕ-РФ 2, в г. Краснодаре АГ диагностировалась у 40% женщин [23], что, возможно, было связано с включением пациенток более старшего (пожилого и старческого) возраста.

Ожирение может приводить к росту частоты осложнений беременности (преэклампсии, преждевременным родам и др.), а также к когнитивным нарушениям в 6 раз чаще, чем при нормальной массе тела [24]. В нашей работе ожирение имело место у 18,3% беременных и у 14,5% небеременных ($p>0,05$), что ниже популяционного показателя (25%) [5]. Экстрагенитальная патология встречается у 52,9–73,3% беременных [25]. Среди обследованных нами женщин такие состояния отметили 28,3% беременных и 43,6% небеременных женщин, что объясняется более старшим возрастом последних, хотя различия были статистически незначимы.

Работы, посвящённые изучению приверженности лечению у беременных и небеременных женщин с использованием опросника КОП-25, в настоящее время в литературе отсутствуют. Другими авторами изучалась приверженность лечению у беременных с АГ, однако с использованием иных методик [14,15]. Использование КОП-25 в нашей работе с целью сравнительной оценки приверженности лечению беременных и небеременных пациенток проведено впервые.

Опросник КОП-25 позволяет определить важные показатели приверженности лечению (МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ). При сравнительном анализе статистически значимые более высокие показатели приверженности МОЖ и ОПЛ у беременных были установлены. Приверженность МОЖ у беременных соответствовало среднему уровню (50–75%), а у небеременных — низкому (<50%). МОЖ подразумевает рациональное

питание, физическую активность и исключение вредных привычек, которые были менее распространены у беременных. В некоторых исследованиях приверженность к рациональному питанию, физическим нагрузкам у беременных была низкой [22, 26].

Мы проанализировали распределение уровней приверженности (низкий, средний, высокий) внутри каждого показателя приверженности лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ). Низкий уровень приверженности МОЖ выявлен у 33,3% беременных и у более половины (58,2%) небеременных пациенток. У последних достоверно реже встречался высокий уровень приверженности по сравнению с беременными — 5,5% против 25,0% соответственно. Значения другого показателя (ОПЛ) в обеих группах находились в диапазоне среднего уровня приверженности (50–75%), но были выше у беременных ($p < 0,05$). В структуре ОПЛ у беременных в отличие небеременных реже встречался низкий уровень (21,7% против 38,2%, $p < 0,05$) и чаще — высокий уровень (28,3% против 10,9%, $p < 0,05$).

В обеих группах женщин значения приверженности к МС и ЛТ и распределение по уровням не различались. Следует отметить, что >40% женщин имело высокий уровень приверженности к МС (40% небеременных и 46,7% беременных). В других исследованиях получены противоречивые данные: приверженность к приёму лекарств была сравнима с нашими результатами (71%) [14], а в другой работе только 28% беременных придерживалось рекомендованного приёма препаратов [27], что, возможно, обусловлено разными методическими подходами в оценке приверженности. Описанные выше методики оценки приверженности [14,15] используют от 4 до 12 вопросов и касаются только отдельных показателей приверженности и поэтому уступают КОП-25 по чувствительности, универсальности и надёжности.

В ходе исследования мы попытались выявить зависимость разных видов приверженности от клинично-демографических показателей. Корреляционная связь возраста и показателей приверженности лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ) в обеих группах женщин либо отсутствовала либо была слабой. Возможно, это связано с малой разностью возраста между женщинами обеих групп (5,29 лет). Кроме того, мы не нашли взаимосвязь между количеством родов (0–4) и разными показателями приверженности у беременных.

В группе беременных высокий уровень приверженности МС (>75%) продемонстрировали пациентки со средним образованием, не употре-

блявшие алкоголь. У последних была выше приверженность ЛТ и ОПЛ по сравнению с беременными, его употреблявшими.

Наличие экстрагенитальной патологии обычно повышает приверженность лечению, но, по нашим данным, приверженность МОЖ была статистически значимо выше у беременных без таковой патологии. Очевидно, это объясняется состоянием ремиссии в течении экстрагенитальных заболеваний.

В группе небеременных были привержены ЛТ женщины со средним образованием и отсутствием курения в сравнении с курящими и пациентками с высшим образованием.

Опросник КОП-25 используется для оценки приверженности лечению при различной патологии. Количество публикаций с использованием КОП-25 неуклонно растёт и составляет 62 (по состоянию на 2023 г.). В настоящее время только с помощью КОП-25 возможно оценить приверженность лечению по всем трем шкалам — лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни, — и он является единственным инструментом оценки потенциальной приверженности лечению.

Заключение

Для улучшения тактики ведения пациентов целесообразно оценивать их приверженность лечению. В настоящее время таким инструментом оценки приверженности является электронный опросник КОП-25. Среди достоинств последнего следует отметить быстрый автоматический расчёт основных показателей приверженности лечению, что позволяет врачу в присутствии пациента скорректировать план его дальнейшего ведения. Такой персонализированный подход к тактике ведения пациента имеет важное практическое значение.

В связи с вышеизложенным наряду с популяризацией здорового образа жизни повышение приверженности лечению может оказать существенное влияние не только на течение беременности, но и на развитие у женщин хронических неинфекционных заболеваний в будущем. Помимо осмотра пациенток при обращении к врачу, использование опросника КОП-25 с выявлением клинично-демографических показателей, факторов риска может быть основой для дальнейших профилактических стратегий.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии. *Сердечная Недостаточность* 2013;14(7):380-381. Ageev F.T., Fofanova T.V., Smirnova M.D. Metody ocenki, kontrolya i povysheniya priverzhennosti terapii. *Serdechnaya Nedostatochnost'*. 2013;14(7):380-381. (in Russ.).
2. Тарловская Е.И., Омарова Ю.В. Оценка приверженности к терапии и варианты полипрагмазии у пациентов с ХСН по данным локального регистра. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2024;5(2):58-63. Tarlovskaya E.I., Omarova Y.V. Assessment of adherence to therapy and options for polypharmacy in patients with CHF according to local registry data. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2024;5(2):58-63. (In Russ.) DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-2-58-63
3. Levine DA, Morgenstern LB, Langa KM, Piette JD, Rogers MA, Karve SJ. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann Neurol*. 2013;73(2):180-188. DOI: 10.1002/ana.23823
4. Пастбина И.М., Игнатова О.А., Харьковская О.А., Меньшикова Л.И., Чумакова Г.Н. Влияние табакокурения и уровня образования женщин на продолжительность грудного вскармливания детей. *Вопросы детской диетологии*. 2015;13(1):58-61. Pastbina I.M., Ignatova O.A., Kharkivskaya O.A., Menshikova L.I., Chumakova G.N. Effect of tobacco smoking and the level of education of women on the duration of breastfeeding of children. *Issues of pediatric dietetics*. 2015;13(1):58-56 (in Russ.) eLIBRARY ID: 23398523 EDN: TSATZX
5. Игнатко И.В., Щепеткова Г.С., Мирющенко М.М. Факторы риска осложнений перинатальной патологии у беременных с избыточной массой тела и ожирением. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2014;13(3):13-18. Ignatko I.V., Shchetkova G.S., Miryushchenko M.M. Risk factors for complications of perinatal pathology in overweight and obese pregnant women. *Gynecology, obstetrics and perinatology*. 2014;13(3):13-18. (in Russ.) eLIBRARY ID: 21892254 EDN: QPEEXX
6. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная Клиническая Практика*. 2003;(4):59-66. Hohlov A.L., Lisenkova L.A., Rakov A.A. Analiz faktorov, opredelyayushchih priverzhennost' k an-tigipertenzivnoj terapii. *Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika*. 2003;(4):59-66. (in Russ.) eLIBRARY ID: 25281057 EDN: VHFWDL
7. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие. *Фундаментальные исследования*. 2007;(9):57-58. Tarasenko E.V., Naumova E.A., Shvarc YU.G. Priverzhennost' k dlitel'nomu lecheniyu i faktory na nee vliyayushchie. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2007;(9):57-58. (in Russ.) eLIBRARY ID: 12956141 EDN: KXNMXD
8. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211.
9. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2562. Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562. (In Russ.) DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2562
10. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Бойцов С.А., Драпкина О.М., Ливзан М.А. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;2(14):283-301. Nikolaev N.A., Martynov A.I., Bojcov S.A., Drapkina O.M., Sychev D.A., Livzan M.A., et al. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. *Medical news of North Caucasus*. 2019;2(14):283-301. (in Russ.) DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072
11. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. *Качественная клиническая практика*. 2016;(1):50-59. Nikolayev N.A., Skirdenko Yu.P., Zherebilov V.V. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. *Good clinical practice*. 2016;(1):50-59. (in Russ.) eLIBRARY ID: 26375081 EDN: WFEHXX
12. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия*. 2018;27(1):74-78. Nikolayev N.A., Skirdenko Yu.P.. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2018,27(1):74-78. (in Russ.) eLIBRARY ID: 32768906 EDN: YVJSKV
13. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А., Горбенко А.В., Андреев К.А., Федорин М.М., и др. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(6):845-852. Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P., Balabanova A.A., Gorbenko A.V., Andreev K.A., Fedorin M.M., Livzan M.A., Chebanenko E.V., Usov G.M. The Scale of Quantitative Assessment Adherence to Treatment «QAA-25»: Updating of Formulations, Constructive and Factor Validity and a Measure of Consent. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(6):845-852. (In Russ.) DOI: 10.20996/1819-6446-2021-12-12
14. Жусупова Ж.К., Зейналова Д.Э., Крюкова А.Ю. Ключевая детерминанта приверженности к лечению артериальной гипертензии у беременных женщин как профилактика акушерских осложнений. *Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2020;1(1):17-21. Zhushupova Z.K., Zeynalova D.E., Kruykova A.Y. Main determinant of addition to treatment of arterial hypertension in pregnant women as prevention of ancient complications. *Vestnik soveta molodyh uchyonyh i specialistov Chelyabinskoy oblasti*. 2020;1(1):17-21. (In Russ.).
15. Митрофанова И.С., Столбова М.В., Шарапов С.В., Морина А.А. Приверженность к лечению беременных женщин с артериальной гипертензией. *Национальная ассоциация ученых*. 2015;4(9):79-81. Mitrofanova I.S., Stolbova M.V., Sharapov S.V., Morina A. Adherence to treatment of pregnant women with arterial hypertension. *National Association of Scientists*. 2015;4(9):79-81. (In Russ.) eLIBRARY ID: 28922791 EDN: VXQGTI
16. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization; 2017.
17. Козина Е.А., Павлов О.Г., Томарева Е.И. Медико-социальные аспекты пренатальной диагностики. *Вестник новых медицинских технологий*. 2016;(2):2-17.

- Kozina E.A., Pavlov O.G., Tomareva E.I. Medical and social aspects of prenatal diagnostics. *Herald of New Medical Technologies*. 2016;(2):2-17. (In Russ.)
DOI: 10.12737/20075.
18. Малышкина А.И., Назарова А.О., Батрак Н.В., Жолобов Ю.Н., Козырина А.А., Кулиева Е.Ю., и др. Медико-социальная характеристика беременных женщин Иваново. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2014;14(4):9-12. Malyshkina A.I., Nazarova A.O., Batrak N.V., Zholobov Yu.N., Kozyrina A.A., Kulieva E.Yu., et al. Medical and social characteristics of pregnant women in Ivanovo. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2014;14(4):9-12 (In Russ.).
19. Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SL, Callaghan WM. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med*. 2010;39(1):45-52. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.03.009
20. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol*. 2011;118(2 Pt 1):383-388. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31822c9906
21. Williams JF, Smith VC, Committee on substance abuse. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2015;136(5):e1395-406. DOI: 10.1542/peds.2015-3113
22. Епифанова А.К., Сурмач М.Ю. Управляемые факторы качества жизни женщин во время беременности. *Здравоохранение*. 2019;(11):11-16. Yepifanova A.K., Surmach M.Yu. Manageable factors of health related quality of women's life during pregnancy. *Healthcare*. 2019;(11):11-16 (In Russ.). eLIBRARY ID: 42352183 EDN: NWVFOQ
23. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., и др. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2019;15(4):450-466. Balanova Yu.A., Shalnova S.A., Imayeva A.E., Kapustina A.V., Muromtseva G.A., Evstifeeva S.V., et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSE-RF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450-466. (In Russ.) DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466
24. Черных О. А., Лахин Р. Е., Щеголев А. В. Влияние ожирения на когнитивные функции, тревогу и депрессию у беременных пациенток при проведении регионарной анестезии. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2023;20(4):27-32. Chernykh OA, Lakhin RE, Schegolev A.V. The effect of obesity on cognitive function, trevoga and depression in pregnant patients during regional anesthesia. *Bulletin of Anesthesiology and Resuscitation*. 2023;20(4):27-32. (In Russ.) DOI: 10.24884/2078-5658-2022-20-4-27-32.
25. Бегимбекова ЛМ., Алиева Э.Н., Оспанова А.М. Особенности течения беременности и исходов родов у женщин разных возрастных групп. *West Kazakhstan Medikal journal*. 2022;64(2):73-79. Begimbekova LM., Aliyeva EN., Ospanova AM. Peculiarities of pregnancy and childbirth in women of different age groups. *West Kazakhstan Medikal journal*. 2022;64(2):73-79. (In Russ.). eLIBRARY ID: 49388848 EDN: WUTPGV
26. Дудченко З.Ф. Глушак Е.В. Психологические особенности и характеристика здорового образа жизни (ЗОЖ) беременных. *Ученые записки СПбГИПСР*. 2016;25(1): 43-48 Dudchenko Z.F. Glushak E.V. Psychological features and characteristics of a healthy life-time (healthy lifestyle) of pregnant women. *Scientific notes of SPbGIPSR*. 2016;25(1):43-48 (In Russ.). eLIBRARY ID: 26688546 EDN: WMAQZJ
27. Ткачева О.Н., Бевз А.Ю., Ушкалова Е.А., Чухарева Н.А. Первое Всероссийское фармакоэпидемиологическое исследование «Эпидемиология использования лекарственных средств у беременных»: основные результаты. *Акушерство и гинекология*. 2011;(4):112-117. Tkacheva O.N., Bevz A.Yu., Ushkalova E.A., Chukhareva N.A. The first All-Russian pharmacoepidemiological study "Epidemiology of the use of medicines in pregnant women": the main results. *Obstetrics and Gynecology*. 2011;(4):112-117. (In Russ.).

Информация об авторах

Кудряшов Евгений Анатольевич, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-8050-0691>, kudrashov@mail.ru.

Заболотских Татьяна Борисовна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-8476-7641>, ztb@mail.ru.

Скибицкий Виталий Викентьевич, к.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-7750-7358>, vvsdoctor@mail.ru.

Сухомлинова Ксения Сергеевна, студентка 6 курса ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ksenechka_861@mail.ru.

Гопкало Павел Сергеевич, студент 6 курса ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, gopkala01@mail.ru.

Кудряшова Юлия Александровна, к.б.н., доцент кафедры анатомии и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма», Краснодар, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-5354-826X>, ykudrashova@mail.ru.

Information about the authors:

Evgeny A. Kudryashov, Cand. Sci. (Med.), the associate professor of Department of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-8050-0691>, kudrashov@mail.ru..

Tatyana B. Zabolotskikh, Cand. Sci. (Med.), associate professor of the Department of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-8476-7641>, ztb@mail.ru.

Vitaly V. Skibitsky, Dr. Sci. (Med.), professor, Head of department of Hospital Therapy, Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-7750-7358>, vvsdoctor@mail.ru.

Ksenia S. Sukhomlinova, 6th year student of the Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia, ksenechka_861@mail.ru.

Pavel S. Gopkalo, 6th year student of the Kuban State Medical University; Krasnodar, Russia, gopkala01@mail.ru.

Yulia A. Kudryashova, Cand. Sci. (Bio.), associate professor of the Anatomy and Sports Medicine Department, Kuban State University of Physical Education, Sports and Tourism, Krasnodar, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-5354-826X>, ykudrashova@mail.ru.

Получено / Received: 21.08.2024

Принято к печати / Accepted: 27.08.2024