

doi: 10.25005/2074-0581-2024-26-1-76-85

КОМПЛАЕНТНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Р.Д. ДЖАМОЛОВА¹, Д.К. МУХАББАТОВ², Д.Т. РАХМОНОВ¹, С.Г. АЛИ-ЗАДЕ³

¹ Кафедра внутренних болезней № 3, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Кафедра общей хирургии № 1 им. проф. А.Н. Каххорова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

³ Кафедра хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбонова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), по-прежнему, остаются неясными, и они зависят от большого количества различных факторов, включая генетическую предрасположенность, воздействие окружающей среды и нарушение функций иммунной системы. По мере роста частоты распространённости ВЗК, они приобретают хронический характер и требуют более длительного приёма лекарственных средств. Большое значение в профилактике развития рецидивов заболевания и достижении состояния ремиссии имеет строгое соблюдение назначенного режима лечения.

Цель настоящей обзорной статьи заключается в оценке связи между соблюдением режима лечения (комплаентностью) и качеством жизни (КЖ) у больных с ВЗК.

Поиск литературных источников проводился по таким базам данных, как PubMed, Scopus, Web of Science, Embase и eLibrary среди медицинских научных статей, опубликованных в период с 2013 по 2023 годы. Проведён анализ научных статей, в которых были приведены результаты оценки КЖ и/или приверженности к лечению пациентов с ВЗК, и были исключены статьи, в которых такая оценка проводилась у больных в сочетании с другими сопутствующими патологиями либо приводились неполные данные.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, комплаентность, качество жизни.

Для цитирования: Джамолова РД, Мухаббатов ДК, Рахмонов ДТ, Али-Заде СГ. COMPLIANCE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. *Вестник Авиценны*. 2024;26(1):76-85. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2024-26-1-76-85>

COMPLIANCE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

R.J. JAMOLOVA¹, D.K. MUKHABBATOV², D.T. RAKHMONOV¹, S.G. ALI-ZADE³

¹ Department of Internal Medicine № 3, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

² Department of General Surgery № 1 named after Professor A.N. Kakhkhorov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

³ Department of Surgical Diseases № 1 named after Academician K.M. Kurbonov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

The causes and development of inflammatory bowel disease (IBD) are not fully understood and can be influenced by various factors such as genetic, environmental, and immune system dysfunction. With chronicity, IBD requires long-term medication use. Therefore, strictly adhering to the prescribed treatment regimen is essential to prevent relapses and achieve remission.

This review article evaluates the relationship between treatment adherence (also compliance) and quality of life (QoL) in patients with IBD.

We conducted a literature search using databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, and eLibrary to analyze scientific articles published between 2013 and 2023. We included articles that presented the results of assessing quality of life and/or adherence to treatment in patients with IBD. We excluded articles that evaluated patients with other concomitant conditions or provided incomplete data.

Keywords: Inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, compliance, quality of life.

For citation: Jamolova RJ, Mukhabbatov DK, Rakhmonov DT, Ali-Zade SG. COMPLIANCE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2024;26(1):76-85. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2024-26-1-76-85>

ВВЕДЕНИЕ

ВЗК представляют собой сложные хронические заболевания, среди которых особенно выделяют болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) [1]. Причина ВЗК до сих пор неизвестна, и существует определённое взаимодействие между генетическими, экологическими и иммунными факторами. Эти заболевания поражают молодых и пожилых людей без какой-либо расовой или гендерной предрасположенности [2]. Случаи ВЗК диагностируются в основном в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте, что приводит к пожизненному бремени приёма лекарств и мониторинга заболевания [3]. Лекарства от ВЗК принимаются для индукции и/или поддержания ремиссии и включают регулярные пероральные или ректальные препараты, подкожные инъекции и регулярные инфузии. Лечение заболевания также включает в себя изменение образа жизни, например, изменение диеты и регулярные эндоскопические обследования [4-6]. Комбинации лечения, которые получают пациенты с ВЗК, неоднородны, т.е. пациентам могут быть назначены несколько препаратов с разными режимами дозирования, в результате чего самоконтроль заболевания может оказаться более сложным [7, 8].

Изучение приверженности пациентов к лечению является трудной задачей из-за сложной и многофакторной природы концепции с различным ожидаемым влиянием на исходы заболевания. Несоблюдение режима терапии определяется как отклонение от назначенного режима лечения, однако отсутствует консенсус в отношении конкретных пороговых значений для адекватного соблюдения этого режима, при этом часто используемый произвольный порог >80% считается показателем хорошей приверженности к лечению [8, 9]. В целом, плохая приверженность к лечению связана с ухудшением симптомов и исходов заболевания, и в последующем это может привести к необходимости хирургического вмешательства, увеличению числа госпитализаций и, как следствие, к увеличению затрат на здравоохранение [8, 10].

При выборе тактики лечения больных с ВЗК следует помнить и о возможных негативных его сторонах. Эффективность лечения во многом зависит как от опыта и навыков лечащего врача, вида применяемых лекарственных препаратов, так и соблюдения самим больным назначенного режима лечения [11].

Согласно рекомендациям Комитета по выбору терапевтических целей при ВЗК (STRIDE) ведущее значение в лечении больных данной категории имеет существенное улучшение их КЖ. Большую роль в профилактике ВЗК и достижении стадии ремиссии заболевания играет стратегия «лечение до достижения цели» (T2T), в основе которой лежат субъективные потребности самого больного [12].

В литературе приводятся данные о том, что клинические результаты и уровень приверженности к лечению у пациентов с ЯК можно повысить путём привлечения фармацевтов [13-15]. Согласно полученным результатам, уровень несоблюдения режима лечения, активность заболевания с течением времени и количество обострений были значительно снижены только в группе с привлечением фармацевтов. Это исследование подтвердило, что вмешательство фармацевта может быть одним из решений для улучшения результатов лечения пациентов за счёт повышения приверженности к лечению посредством индивидуального обучения пациентов с ВЗК [15].

Лечение ВЗК должно носить индивидуальный характер с учётом формы и тяжести патологии, уровня поражения и наличия осложнений. Как правило, в лечении данных патологий выделяют два периода: терапия больных в период обострения с целью

INTRODUCTION

IBDs are complex chronic medical conditions. The two most common types of IBDs are Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) [1]. The exact cause of IBDs is still unknown, but some interactions between genetic, environmental, and immune factors may contribute to the development of these diseases. IBDs can affect people of all ages, races, and genders [2]. However, cases of IBDs are typically diagnosed in late adolescence or early adulthood, which results in lifelong medication and disease monitoring [3]. Medications are used to treat IBD by inducing and maintaining remission. These medications may include oral or rectal medications, subcutaneous injections, and regular infusions. Lifestyle changes such as dietary adjustments and regular endoscopic examinations are also recommended to manage the disease [4-6]. However, the treatment of IBD is complex and can involve multiple medications with different dosing regimens, making self-management of the disease challenging for patients [7, 8].

Measuring patient adherence to treatment is difficult due to the multifaceted nature of the concept and its varying effects on disease outcomes. Non-adherence is a deviation from the prescribed treatment regimen, but there is no consensus on the minimum threshold for adequate adherence. However, an arbitrary threshold of >80% indicates good adherence [8, 9]. Poor adherence to treatment is generally associated with worsening symptoms and outcomes and may lead to the need for surgery, increased hospitalizations, and higher healthcare costs [8, 10].

When deciding on the best course of treatment for patients with IBD, it is vital to consider the potential negative aspects of the treatment. The effectiveness of the treatment often depends on the experience and skill of the attending physician, the type of medications used, and the patient's adherence to the prescribed treatment plan [11].

According to the recommendations of the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE), the primary goal of treatment for IBD patients is to significantly improve their QoL. A treat-to-target (T2T) strategy plays a crucial role in preventing IBD and achieving remission of the disease. This strategy is based on the subjective needs of the patients themselves [12].

Evidence from the literature suggests that involving pharmacists can improve clinical outcomes and adherence to treatment in patients with UC [13-15]. A study showed that only the pharmacist-assisted group significantly reduced non-adherence rates, disease activity over time, and the number of exacerbations. This means that pharmacist intervention can be a solution to improve patient outcomes by providing individualized education for IBD patients [15].

Treatment of IBD should be personalized, considering the form and severity of the pathology, the level of damage, and the presence of complications. Typically, two periods are involved in treating these conditions: initial treatment of patients during an exacerbation to achieve remission of the disease (induction treatment) and a period of maintenance treatment. For many years, glucocorticosteroid drugs have been used to achieve remission of the disease, and immunosuppressive drugs (such as azathioprine, mercaptopurine, and methotrexate) have been used during maintenance treatment [16].

достижения ремиссии заболевания (индукционное лечение) и период поддерживающего лечения. На протяжении многих лет в лечении больных ВЗК использовались глюкокортикостероидные препараты (с целью достижения ремиссии заболевания) и иммуносупрессивные препараты (такие как азатиоприн, меркаптопурин и метотрексат) в период поддерживающего лечения [16].

При лечении ЯК используются такие препараты, как ингибиторы фактора некроза опухоли (TNF-ингибиторы), адалимумаб, голимумаб и цетролизумаба пэгол. Биологические препараты применяются у пациентов, у которых наблюдается неадекватный ответ на традиционные методы лечения [17, 18].

Данные заболевания, характеризующиеся периодами обострений и ремиссий, могут значительно воздействовать на психосоциальное состояние пациентов, приводя к инвалидности и снижению КЖ [19]. Как и в случае с другими хроническими заболеваниями, пациентам с ВЗК необходимо долгосрочное применение лекарств, а улучшение их КЖ возможно только при строгом соблюдении рекомендаций по лечению.

В мировой литературе, а также в клинической практике термин «приверженность к лечению» описывается по-разному, но при этом имеет два основных направления. С одной стороны, к приверженности лечению относят степень соблюдения больными всех рекомендаций, которые даются от медицинских работников в отношении приема лекарственных средств, получения медицинских услуг, а также в отношении изменения образа жизни. С другой стороны, под этим термином понимается приверженность к лечению самого медицинского персонала, который оказывает медицинские услуги больным [9, 20].

Приверженность к лечению представляет собой важный аспект эффективности терапии хронических заболеваний [21]. Однако стоит отметить, что пациенты, как правило, не всегда соблюдают рекомендации по медикаментозному лечению [22]. Среди лиц, страдающих хроническими заболеваниями, примерно только половина соблюдают схемы терапии [23].

Все существующие на сегодняшний день методы оценки степени приверженности к лечению подразделяют на прямые и косвенные. К прямым методам оценки относятся биохимические исследования по определению концентрации лекарственного вещества либо его метаболита в биологических средах организма. К косвенным методам оценки относят: различные методы опроса пациентов, анализ вносимых пациентом данных в дневник самоконтроля, сравнение количества выписанных лекарственных препаратов с количеством реализованных или же использованных, анализ достижения целевых клинико-физиологических параметров у больного на фоне проводимой фармакотерапии, применение различных вариантов опросников и шкал для оценки уровня приверженности [9].

В настоящее время мало разработанными являются прямые методы оценки приверженности пациентов к лечению и рекомендациям к изменению образа жизни, что обусловлено, в первую очередь, наличием технологических трудностей и высокой стоимостью данных способов оценки, в связи с чем методы мониторинга данной приверженности, главным образом, заключаются в использовании диагностических опросников [9].

Согласно данным Nguyen TM et al (2014) в англоязычных странах клиницистами используются свыше 40 вариантов различных опросников, направленных на оценку уровня приверженности к лечению [24].

Специалисты, принимавшие участие в разработке Российского национального руководства «Приверженность лечению», из большого количества существующих инструментов для оцен-

Drugs such as tumor necrosis factor (TNF)-alpha inhibitors, including adalimumab, golimumab, and certolizumab pegol, are used to treat UC. Biological medicines are used in patients who have an inadequate response to traditional treatments [17, 18].

These diseases are characterized by periods of exacerbations and remissions, which can significantly affect the psychosocial state of patients, leading to disability and decreased quality of life [19]. As with other chronic diseases, patients with IBD require long-term use of medications, and improvement in their QoL is only possible with strict adherence to treatment recommendations.

The term "adherence to treatment" is used in various ways in world literature and clinical practice, but it primarily has two meanings. Firstly, it refers to how well patients follow medical professionals' advice regarding taking medications, receiving medical services, and making lifestyle changes. Secondly, it relates to the dedication of medical personnel towards providing treatment to their patients [9, 20].

Treatment adherence is a crucial aspect of effective therapy for chronic diseases [21]. However, it is worth noting that patients do not always comply with recommendations for drug treatment [22]. Only half of chronic disease patients follow treatment regimens [23].

Currently, methods for assessing the degree of treatment adherence are divided into direct and indirect categories. Direct assessment methods include biochemical studies to determine the concentration of a drug substance or its metabolite in the biological media of the body. Indirect assessment methods include various patient interview techniques, analyzing data entered by the patient into a self-monitoring diary, comparing the number of prescribed medications with the number of drugs sold or used, analyzing the achievement of target clinical and physiological parameters in a patient against the background of ongoing pharmacotherapy, and using questionnaires and scales to assess the level of adherence [9].

Direct methods for evaluating patients' adherence to treatment and lifestyle change recommendations are not well-developed currently. This is mainly due to technological difficulties and the high cost of assessment methods. Therefore, diagnostic questionnaires are the most common method to monitor adherence [9].

According to Nguyen TM et al (2014), clinicians in English-speaking countries use over 40 versions of various questionnaires to assess adherence levels to treatment [24].

From the multiple tools available for determining the level of treatment adherence, specialists who contributed to the development of the Russian national guidelines on adherence to treatment identify two main ones – "Quantitative assessment of adherence to treatment" (KOP-25) and "The scale of quantitative assessment adherence to treatment (QAA-25)" [9].

Studies assessing adherence in patients with IBD indicate that non-adherence rates for 5-aminosalicylic acid (5-ASA) ranged from 9.5% to 65%, while non-adherence rates for thiopurine ranged from 3% to 64.7% [20]. Another study examining the causes and rates of non-adherence to medications among 500 patients with IBD found that 33.3% of them were non-adherent to drug therapy. Of these, 42.7% attributed it to an improvement in overall well-being and 5.2% to forgetfulness in taking medications [24].

ки уровня приверженности к лечению выделяют два основных – «Система опросников количественной оценки приверженности КОП-25» и «Шкала количественной оценки комплаенса» [9].

В исследованиях, направленных на оценку соблюдения режима лечения у пациентов с ВЗК, частота несоблюдения режима приёма 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) составляла от 9,5% до 65%, а уровень несоблюдения режима приёма тиопурина колебался от 3% до 64,7% [20]. В другом исследовании, посвящённом изучению причин и уровня несоблюдения режима приёма препаратов среди 500 пациентов с ВЗК, было выявлено, что 33,3% из них не соблюдали режим лекарственной терапии, причём 42,7% из них обуславливали это улучшением общего самочувствия, а 5,2% – забывчивостью приёма лекарств [24].

В литературе отмечается, что пациенты, страдающие ЯК, не всегда следуют рекомендациям по соблюдению режима лечения месалазином [16]. Факторы, влияющие на низкую приверженность, включают в себя следующие: назначение приёма лекарства четыре и более раз в день, мужской пол пациента, ощущение одиночества, наличие заболевания в стадии ремиссии в течение двух и более лет, а также большое количество принимаемых лекарственных препаратов. В свою очередь, в исследовании Aluzaitė K et al (2021) не было выявлено существенных различий в приверженности к лечению между типами ВЗК ($p=0,87$), статусом активности заболевания ($p=0,70$) и полом ($p=0,27$). Не было корреляции ни между количеством использованных лекарств ($r=0,07$; $p=0,37$), ни продолжительностью ВЗК ($r=0,03$; $p=0,70$) и приверженностью к лечению [8].

Franco FCZ et al (2022) в период с августа 2017 г. по январь 2018 г. провели поперечное наблюдательное исследование, в которое были включены 90 больных ЯК, у которых приверженность к лечению оценивали с применением следующих инструментов: опросник, разработанный самими авторами с содержанием вопросов о социально-демографических аспектах; восьмипунктовая шкала соблюдения режима лечения Мориски (MMAS-8); опросник депрессии Бека (BDI) и шкала депрессии и тревоги (госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS-A). Согласно полученным авторами данным, распространённость несоблюдения режима в выборке составила 77,8%, а социально-демографическими факторами, связанными с несоблюдением режима, являлись возраст (от 18 до 50 лет, $48,2 \pm 1,5$ года) и отсутствие оплачиваемой деятельности. Кроме того, среди людей молодого возраста и у лиц с отсутствием оплачиваемой деятельности, частота случаев несоблюдения режима лечения была соответственно в 2,6 и 5,5 раза выше. Также было установлено, что у пациентов с повышенной тревожностью вероятность такого поведения возрастала в 3,3 раза [25].

Несоблюдение режима лечения часто встречается и у детей с ВЗК. Дети старше 7 лет, частота приёма препарата два и более раз в день и плохая осведомлённость родителей о заболеваниях являются независимыми факторами риска несоблюдения режима лечения у детей с ВЗК [26].

Согласно исследованию Бабаян АФ с соавт. (2022), возможность низкой приверженности к терапии у пациентов можно предсказать, учитывая следующие факторы: симптомы заболевания, особенно в случае обострения, которое характеризуется в соответствии с индексом Мейо как лёгкая атака ЯК, и длительность анамнеза более пяти лет; общие характеристики пациентов, такие как мужской пол, возраст старше 45 лет, образование не выше среднего и отсутствие стабильности в семейной жизни. Исследование началось с гипотезы о том, что пациенты с повышенной тревожностью или депрессией более охотно следуют рекомендациям своих врачей. Как отмечают сами авторы, наблюдения в

The literature shows that patients with UC do not always follow recommendations for mesalazine treatment adherence [16]. Low adherence is associated with factors such as being prescribed medication four or more times a day, being male, feeling lonely, having the disease in remission for two or more years, and taking a large number of medications. On the other hand, a study by Aluzaitė K et al. (2021) found no significant differences in treatment adherence between IBD types ($p=0.87$), disease activity status ($p=0.70$), and gender ($p=0.27$). There was no correlation between the number of medications used ($r=0.07$; $p=0.37$), duration of IBD ($r=0.03$; $p=0.70$), and treatment adherence [8].

Franco FCZ et al (2022) conducted a cross-sectional observational study between August 2017 and January 2018. The study included 90 patients with UC whose treatment adherence was assessed using several tools. These tools included a questionnaire developed by the authors themselves containing questions about socio-demographic aspects, the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), the Beck Depression Inventory (BDI), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). According to the data obtained by the authors, non-adherence to treatment was prevalent in 77.8% of the sample. Socio-demographic factors associated with non-adherence were age (18 to 50 years, 48.2 ± 1.5 years) and lack of paid activity. The incidence of non-adherence to treatment was 2.6 and 5.5 times higher, respectively, among young people and those without paid work. The authors also found that in patients with increased anxiety, the probability of non-adherence to treatment increased by 3.3 times [25].

Non-adherence to treatment is also common in children with IBD. Children older than seven years, frequency of taking the drug two or more times a day, and poor parental knowledge of the disease are independent risk factors for non-adherence to treatment in children with IBD [26].

As per the research conducted by Babayan AF et al in 2022, the possibility of patients having low adherence to therapy can be predicted by considering certain factors. These factors include the symptoms of the disease, particularly during an exacerbation, which is characterized by the Mayo index as a mild attack of UC, and a medical history of more than five years. Additionally, the general characteristics of patients, such as being male, over 45, having education less than high school, and instability in family life, should also be considered. The study initially hypothesized that patients with heightened levels of anxiety or depression would be more likely to follow their doctors' recommendations. Although observations in clinical practice have supported this idea, a statistical analysis of data collected from a study of 370 patients did not confirm this hypothesis. The study's authors suggest that two key factors could explain this finding. Firstly, it should be noted that pathological anxiety and depression encompass a more comprehensive range of problems than merely an anxious or anxious-depressive reaction to illness. Various anxiety conditions can be associated with individual character traits, mental adaptation disorders caused by stressful situations, and the presence of other anxiety disorders or depression. It is essential to note that anxiety can affect medication adherence differently, sometimes even the opposite way. The emotional fixation on disturbing aspects of life can decrease cognitive function and concentration, leading patients to forget to take their medications or decide to stop taking them altogether or reduce prescribed doses after noticing improve-

клинической практике подтверждали эту идею во многих случаях. Тем не менее, после проведения статистического анализа данных, собранных в ходе обследования 370 пациентов, данная гипотеза не нашла подтверждения. По мнению авторов, этот вывод можно объяснить двумя ключевыми факторами. Во-первых, следует отметить, что патологическая тревожность и депрессия охватывают более широкий спектр проблем, чем просто тревожная либо тревожно-депрессивная реакция на патологию. Большое разнообразие тревожных состояний может быть связано как с индивидуальными чертами характера, так и с расстройствами психической адаптации, вызванными стрессовыми ситуациями, которые предшествовали обострению, а также наличием сопутствующих тревожных расстройств или депрессии. Во-вторых, важно учесть, что воздействие тревожных состояний на соблюдение лечения лекарствами может быть весьма разнообразным и, в некоторых случаях, даже противоположным. В качестве подтверждения этой точки зрения авторы приводят следующие факты. Эмоциональная фиксация на тревожных аспектах жизни может привести к снижению когнитивных функций и концентрации внимания. Это может проявиться в том, что пациенты иногда забывают принимать свои лекарства или, в некоторых случаях, решают отменить их сами (или даже уменьшить предписанные дозы) сразу после заметных улучшений в своём состоянии из-за тревожных ожиданий возможных негативных побочных эффектов от препаратов [27].

Высказано предположение, что у пациентов с ВЗК повышен риск развития депрессии и тревоги, однако до сих пор неясно, в какой степени эти заболевания сочетаются и в какой последовательности они возникают. Согласно результатам исследования, у пациентов с БК могут наблюдаться различного рода изменения настроения, которые определяются как надеждой, так и тревогой. Постоянные визиты к врачу и соответствующие расходы только усугубляют их беспокойство и проблемы с низкой самооценкой, что приводит к психологическим страданиям в результате их эмоциональных расстройств и низкой самооценки [28]. В другом исследовании было установлено, что пациенты с ВЗК, включая БК, часто испытывают высокую распространённость психологических симптомов, при этом значительную долю составляет тревога (51,3%). Некоторые респонденты даже сообщили о бессоннице в результате беспокойства, вызванного стрессом [29]. Это подчёркивает, насколько важно уделять внимание проблемам психического здоровья людей с БК и оказывать им надлежащий уход.

Цель медикаментозного лечения ВЗК заключается не только в обеспечении регресса симптомов заболевания, но и в повышении общего самочувствия пациентов и улучшении их КЖ [30, 31]. Как и в случае с другими хроническими заболеваниями, неполное соблюдение режима лечения пациентами с ВЗК может привести к рецидивам, усилению активности заболевания и увеличению затрат на здравоохранение [31, 32].

Известно, что высокая приверженность лекарственной терапии у лиц с ВЗК благоприятно влияет на эмоциональное, функциональное, социальное и физическое КЖ [22]. При этом считается, что хроническое течение заболевания и снижение уровня приверженности к лечению у этой категории больных могут негативно сказываться на физических, социальных и эмоциональных аспектах их КЖ [33].

При ВЗК коморбидные психологические состояния, включая тревогу, депрессию и переживаемый стресс, связаны не только с периодами активного заболевания, но и с симптомами, которые сохраняются и в отсутствие воспалительных проявлений [31, 34]. Особенно важно отметить, что острые психологические проблемы могут вызвать провоспалительные реакции, способствуя обо-

ments in their condition due to anxious expectations of adverse side effects from the drugs [27].

It has been suggested that individuals with IBD are at a higher risk of developing depression and anxiety. However, to what extent these diseases coexist and in what order they occur is still unclear. A study shows that patients with CD may undergo various mood changes, which are influenced by both hope and anxiety. Moreover, frequent doctor visits and associated expenses only aggravate their anxiety and low self-esteem issues, leading to psychological distress as a result of their emotional disorders and low self-esteem [28]. It has been found that patients suffering from IBD, including CD, often experience a high prevalence of psychological symptoms. Anxiety accounts for a significant proportion of these symptoms, with 51.3% of respondents reporting it. Some respondents even reported insomnia as a result of stress-related anxiety [29]. This highlights the importance of giving adequate mental health care to individuals with CD.

The aim of drug treatment for IBD is not only to alleviate the symptoms of the illness but also to enhance the overall quality of life of patients [30, 31]. Like other chronic diseases, non-adherence to treatment in individuals with IBD can lead to an increase in disease activity, relapses, and higher healthcare costs [31, 32].

Studies have shown that maintaining a high level of adherence to drug therapy can have a positive impact on the quality of life of people with IBD, including their emotional, functional, social, and physical well-being [22]. Conversely, non-adherence to treatment and the chronic nature of the disease can have a negative effect on their physical, social, and emotional health [33].

IBD is associated with comorbid psychological conditions such as anxiety, depression, and stress that persist even in the absence of inflammatory manifestations [31, 34]. It is crucial to acknowledge that sudden psychological issues can cause pro-inflammatory reactions, which can worsen the symptoms of individuals with UC. Therefore, the emotional well-being of people with IBD is adversely affected, leading to a decline in their QoL [35].

The disease is chronic and often leads to frequent relapses. Patients suffering from this disease also experience extraintestinal manifestations, side effects of drug and surgical treatment, as well as stress associated with the risk of developing cancer and the need for surgery. All these factors significantly impact the daily life of patients and adversely affect their physical and social QoL [36]. According to a study by Lönnfors S et al (2014), which examined the quality of life of 4670 patients with IBD, 67% had at least one emergency department visit before diagnosis. Furthermore, 85% of these patients were hospitalized at least once within five years after diagnosis. The study also revealed that many of these patients faced difficulties finding employment, and 45% had their educational activities interrupted [37]. A recent study showed that poor sleep quality was found in 34.8% of patients with IBD [38].

Matos R et al (2021) pointed out that the QoL assessment in observed IBD patients can help evaluate the clinical course of the disease and the effectiveness of therapy. This allows for timely adjustments to be made in the treatment process and can further increase the level of socio-psychological well-being in patients with IBD. The authors also highlighted that factors like gender, type of immunobiological drug, duration of its use, and the use of additional medications significantly impact the results of as-

стриению симптомов у лиц с ЯК. В результате этого эмоциональная составляющая КЖ людей, страдающих ВЗК, подвергается негативному воздействию [35].

Хронический характер заболевания, частые рецидивы, внешние проявления, побочные эффекты медикаментозного и хирургического лечения, а также стресс, связанный с риском развития рака и необходимостью хирургического вмешательства, существенно влияют на повседневную жизнь больных и негативно влияют на их физическое и социальное КЖ [36]. В исследовании, проведенном Lönnfors S et al (2014), в котором изучалось КЖ у 4670 пациентов с ВЗК, выявлено, что 67% пациентов хотя бы раз обращались в отделение неотложной помощи до установления диагноза, 85% из них госпитализировались хотя бы один раз в течение 5 лет после установления диагноза, многие из них испытывали трудности с трудоустройством, а у 45% из них была прервана образовательная деятельность [37]. В другом исследовании было выявлено, что у 34,8% пациентов с ВЗК отмечается плохое качество сна [38].

По данным Matos R et al (2021), изучение КЖ у наблюдаемых больных позволяет оценить не только клиническое течение заболевания, но и эффективность проводимой терапии, что позволяет своевременно вносить соответствующие коррективы в процесс лечения и повысить уровень социально-психологического благополучия у больных с ВЗК. Авторы отмечают, что наиболее значимое влияние на результаты оценки КЖ по международному опроснику IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) оказывают такие факторы, как пол, вид иммунобиологического лекарственного препарата, продолжительность его приёма, а также применение дополнительных лекарственных препаратов. По этой причине возникает необходимость в проведении новых исследований с более крупными выборками, которые могли бы позволить точно определить степень влияния данных факторов [39].

Увеличение активности заболевания может привести к кишечным осложнениям, усилению лекарственной терапии и потребности в хирургическом вмешательстве [32]. Повышение уровня соблюдения режима лечения у лиц с ВЗК может снизить частоту возникновения рецидивов, госпитализаций и осложнений [21, 40]. Считается, что повышение КЖ пациентов может быть достигнуто путём поддержания заболевания в стадии ремиссии [21, 35, 40].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЗК представляют собой хронические заболевания, которые негативно воздействуют на КЖ людей и на различные их сферы, такие как работа, семья и образование. В связи с этим, медицинским работникам важно знать признаки несоблюдения пациентами режима приёма лекарств, такие как недостаточная реакция на лекарственные препараты, несвоевременное появление на приёме, прекращение приёма лекарств после улучшения симптомов и так далее. Кроме того, важно информировать пациентов о значимости соблюдения режима лечения и его влиянии на их КЖ. Несмотря на то, что данные об эффективности образовательных мероприятий в повышении приверженности к лечению неоднозначны, более высокий уровень контроля течения заболевания связан с положительными результатами. Следовательно, будущие исследования должны быть сосредоточены на выявлении конкретных представлений и барьеров, которые приводят к плохой приверженности к лечению, и разработке соответствующих мер для их устранения.

Необходимо уделять больше внимания пациентам, страдающим от ВЗК и находящимся на амбулаторном лечении, и

assessing health-related quality of life (HRQOL) using Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), an international validated disease-specific instrument for HRQOL-assessment. Therefore, they emphasized the need for further studies with larger sample sizes that can precisely determine the extent of the influence of these factors [39].

Higher disease activity in individuals with IBD may increase the chances of intestinal complications, requiring more drug therapies and even surgical intervention [32]. Therefore, it is crucial to improve adherence rates among IBD patients as it can help reduce the occurrence of relapses, hospitalizations, and complications [21, 40]. Also, maintaining the disease in remission is believed to improve patients' QoL [21, 35, 40].

CONCLUSION

IBDs are chronic conditions that adversely affect patients' QoL, affecting various areas such as work, family, and education. Therefore, healthcare providers must be aware of signs indicating that patients are not adhering to their medication regimen, such as poor response to medication, missed appointments, or stopping medication after symptoms improve. Educating patients about medication adherence is crucial to improving their QoL. Although research on the effectiveness of educational interventions yielded mixed results, higher levels of disease control are linked to better outcomes. Future research should identify specific beliefs and barriers that lead to poor medication adherence and develop interventions to address them.

It is essential to pay attention to patients with IBD undergoing outpatient treatment and maintain regular communication with them. If a patient experiences discomfort from their medication, alternative approaches should be considered.

Creating specialized units for the care of IBD patients and actively monitoring their adherence to drug therapy using mobile applications can increase treatment adherence. Qualitative research should also be conducted to understand barriers to patient adherence better since QoL is a subjective concept that varies from individual to individual.

поддерживать постоянный контакт с ними. Если у пациента возникают жалобы на дискомфорт от приёма лекарств, необходимо рассмотреть возможность применения альтернативного подхода.

Повышение приверженности к лечению у пациентов с ВЗК можно достичь путём создания специализированных отделений по уходу за такими пациентами и активного мониторинга соблю-

дения ими лекарственной терапии с использованием мобильных приложений. Также рекомендуется проводить качественные исследования по данной теме, чтобы лучше понять препятствия на пути соблюдения пациентами режима лечения, учитывая, что КЖ – это субъективное понятие, зависящее от субъективной оценки каждого человека.

ЛИТЕРАТУРА

- Rozich JJ, Holmer A, Singh S. Effect of lifestyle factors on outcomes in patients with inflammatory bowel diseases. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(6):832-40. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000608>
- Vivan TK, Santos BM, dos Santos CHM. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Coloproctology*. 2017;37(04):279-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.06.009>
- Andrade LD, Oliveira FA, Mariano VD, Santos MCA, Pereira FA, Dos Santos CIN, et al. Adherence to medical treatment in inflammatory bowel disease patients from a Referral Center in Bahia-Brazil. *Biomed Res Int*. 2020;2020:5269493. <https://doi.org/10.1155/2020/5269493>
- Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current management. *J Crohns Colitis*. 2017;11(7):769-84. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx009>
- Gomollón F, Dignass A, Annesse V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al. ECCO. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis*. 2017;11(1):3-25. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw168>
- Шепелев АН, Дронова ОБ, Каган ИИ, Фатеев ИН. Эндоскопическая анатомия илеоцекального отдела и её изменения при некоторых воспалительных заболеваниях кишечника. *Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал)*. 2019;3(3):31-7. <https://doi.org/10.17116/operhirurg2019303131>
- Plevinsky JM, Greenley RN, Fishman LN. Self-management in patients with inflammatory bowel disease: Strategies, outcomes, and integration into clinical care. *Clin Exp Gastroenterol*. 2016;9:259-67. <https://doi.org/10.2147/CEG.S106302>
- Aluzaitė K, Braund R, Seeley L, Amiesimaka OI, Schultz M. Adherence to inflammatory bowel disease medications in Southern New Zealand. *Crohns Colitis 360*. 2021;3(3):otab056. <https://doi.org/10.1093/crocol/otab056>
- Николаев НА, Мартынов АИ, Скирденко ЮП, Авдеев СН, Анисимов ВН, Арутюнов ГП, и др. *Приверженность лечению: Российское национальное руководство*. Москва, РФ: Издательский Дом «Академия Естествознания»; 2022. 224 с.
- Tae CH, Jung SA, Moon HS, Seo JA, Song HK, Moon CM, et al. Importance of patients' knowledge of their prescribed medication in improving treatment adherence in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50(2):157-62. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000431>
- Banerjee R, Pal P, Adigopula B, Reddy DN. Impact of demographic, clinical and psychosocial variables on drug adherence and outcomes in Indian patients with inflammatory bowel disease: Cost is not the only factor! *J Clin Gastroenterol*. 2021;55(10):e92-e99. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001480>
- Ungaro R, Colombel J-F, Lissos T, Peyrin-Biroulet L. A treat-to-target update in ulcerative colitis: A systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2019;114 (6):874-83. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000183>
- Tiao DK, Chan W, Jeganathan J, Chan JT, Perry J, Selinger CP, Leong RW. Inflammatory bowel disease pharmacist adherence counseling improves medication adherence in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23:1257-61. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000001194>
- Fiorino G, Lytras T, Younge L, Fidalgo C, Coenen S, Chaparro M, et al. Quality of care standards in inflammatory bowel diseases: A European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO] position paper. *J Crohns Colitis*. 2020;14:1037-48. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa023>
- Kim JS, Geum MJ, Son ES, Yu YM, Cheon JH, Kwon KH. Improvement in medication adherence after pharmacist intervention is associated with favorable clinical outcomes in patients with ulcerative colitis. *Gut Liver*. 2022;16(5):736-45. <https://doi.org/10.5009/gnl210371>

REFERENCES

- Rozich JJ, Holmer A, Singh S. Effect of lifestyle factors on outcomes in patients with inflammatory bowel diseases. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(6):832-40. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000608>
- Vivan TK, Santos BM, dos Santos CHM. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Coloproctology*. 2017;37(04):279-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.06.009>
- Andrade LD, Oliveira FA, Mariano VD, Santos MCA, Pereira FA, Dos Santos CIN, et al. Adherence to medical treatment in inflammatory bowel disease patients from a Referral Center in Bahia-Brazil. *Biomed Res Int*. 2020;2020:5269493. <https://doi.org/10.1155/2020/5269493>
- Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current management. *J Crohns Colitis*. 2017;11(7):769-84. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx009>
- Gomollón F, Dignass A, Annesse V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al. ECCO. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis*. 2017;11(1):3-25. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw168>
- Shepelev AN, Dronova OB, Kagan II, Fateev IN. Endoskopicheskaya anatomiya ileotsekal'nogo otdela i eyo izmeneniya pri nekotorykh vospalitel'nykh zabolovaniyakh kishhechnika [Endoscopic anatomy of the ileocecal region and its changes in some inflammatory bowel diseases]. *Operativnaya khirurgiya i klinicheskaya anatomiya (Pirogovskiy nauchnyy zhurnal)*. 2019;3(3):31-7. <https://doi.org/10.17116/operhirurg2019303131>
- Plevinsky JM, Greenley RN, Fishman LN. Self-management in patients with inflammatory bowel disease: Strategies, outcomes, and integration into clinical care. *Clin Exp Gastroenterol*. 2016;9:259-67. <https://doi.org/10.2147/CEG.S106302>
- Aluzaitė K, Braund R, Seeley L, Amiesimaka OI, Schultz M. Adherence to inflammatory bowel disease medications in Southern New Zealand. *Crohns Colitis 360*. 2021;3(3):otab056. <https://doi.org/10.1093/crocol/otab056>
- Nikolaev NA, Martynov AI, Skirdenko YuP, Avdeev SN, Anisimov VN, Arutyunov GP, i dr. *Priverzhennost' lecheniyu: Rossiyskoe natsional'noe rukovodstvo [Treatment adherence: Russian national guidelines]*. Moscow, RF: Izdatel'skiy Dom "Akademiya Estestvoznaniya"; 2022. 224 p.
- Tae CH, Jung SA, Moon HS, Seo JA, Song HK, Moon CM, et al. Importance of patients' knowledge of their prescribed medication in improving treatment adherence in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50(2):157-62. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000431>
- Banerjee R, Pal P, Adigopula B, Reddy DN. Impact of demographic, clinical and psychosocial variables on drug adherence and outcomes in Indian patients with inflammatory bowel disease: Cost is not the only factor! *J Clin Gastroenterol*. 2021;55(10):e92-e99. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001480>
- Ungaro R, Colombel J-F, Lissos T, Peyrin-Biroulet L. A treat-to-target update in ulcerative colitis: A systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2019;114 (6):874-83. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000183>
- Tiao DK, Chan W, Jeganathan J, Chan JT, Perry J, Selinger CP, Leong RW. Inflammatory bowel disease pharmacist adherence counseling improves medication adherence in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23:1257-61. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000001194>
- Fiorino G, Lytras T, Younge L, Fidalgo C, Coenen S, Chaparro M, et al. Quality of care standards in inflammatory bowel diseases: A European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO] position paper. *J Crohns Colitis*. 2020;14:1037-48. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa023>
- Kim JS, Geum MJ, Son ES, Yu YM, Cheon JH, Kwon KH. Improvement in medication adherence after pharmacist intervention is associated with favorable clinical outcomes in patients with ulcerative colitis. *Gut Liver*. 2022;16(5):736-45. <https://doi.org/10.5009/gnl210371>

16. Маев ИВ, Шельгин ЮА, Скалинская МИ, Веселов АВ, Сказываева ЕВ, Расмагина ИА, и др. Патоморфоз воспалительных заболеваний кишечника. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2020;75(1):27-35. <https://doi.org/10.15690/vramn1219>
17. Gecse KB, Bemelman W, Kamm MA, Stoker J, Khanna R, Ng SC, et al.; World Gastroenterology Organization, International Organisation for Inflammatory Bowel Diseases IOIBD, European Society of Coloproctology and Roberts Clinical Trials. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. *Gut*. 2014;63(9):1381-92. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2013-306709>
18. Campos S, Portela F, Sousa P, Sofia C. Inflammatory bowel disease: Adherence to immunomodulators in a biological therapy era. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2016;28(11):1313-9. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000704>
19. Fiorino G, Allocca M, Chaparro M, Coenen S, Fidalgo C, Younge L, et al. Quality of care' standards in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2019;13(1):127-37. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jyy140>
20. Парфёнов АИ, Князев ОВ, Бабаян АФ, Каграманова АВ. Низкая приверженность лечению – слабое звено в цепи проблем язвенного колита. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1419-27. <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201172>
21. Андреев КА, Горбенко АВ, Скирденко ЮП, Николаев НА, Ливзан МА, Бикбаева ГР, и др. Приверженность лечению больных воспалительными заболеваниями кишечника. *Бюллетень Сибирской медицины*. 2021;20(3):120-8. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-3-120-128>
22. Тагирова АР, Сичинава ИВ, Яблокова ЕА, Тюрин ЕН, Крутихина СБ, Борисова ЕВ, и др. Язвенный колит: особенности течения и приверженности назначенной терапии у подростков. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019;2:125-30. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-162-2-125-130>
23. Лукина ЮВ, Кутишенко НП, Марцевич СЮ. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(1):91-5. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-91-95>
24. Nguyen T-M, Caze AL, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427-45. <https://doi.org/10.1111/bcp.12194>
25. Franco FCZ, Oliveira MCC, Gaburri PD, Franco DCZ, Chebli JMF. High prevalence of non-adherence to ulcerative colitis therapy in remission: Knowing the problem to prevent loss. *Arq Gastroenterol*. 2022;59(1):40-6. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202200001-08>
26. Wu YY, Luo YY, Huang LF, Wang HJ, Gao XB, Sun J, et al. Prevalence and risk factors of medication non-adherence in children with inflammatory bowel disease. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2022;60(11):1191-5. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112140-20220110-00036>
27. Бабаян АФ, Фирсова ЛД, Князев ОВ, Каграманова АВ, Огарёв ВВ, Бодунова НА, и др. Приверженность лечению и психоэмоциональные нарушения у больных язвенным колитом. *Эффективная фармакотерапия*. 2022;18(22):26-32. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2022-18-22-26-32>
28. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2016;87:70-80. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.06.001>
29. Larsson K, Löf L, Nordin K. Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: A qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*. 2017;26(5-6):648-57. <https://doi.org/10.1111/jocn.13581>
30. Харитидис АМ, Щукина ОБ. Современный взгляд на ведение пациентов с язвенным колитом лёгкой и средней степени тяжести в амбулаторной практике. *Лечащий врач*. 2022;2:25-31. <https://doi.org/10.51793/OS.2022.25.2.004>
31. Gracie DJ, Irvine AJ, Sood R, Mikocka-Walus A, Hamlin PJ, Ford AC. Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2017;2(3):189-99. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30206-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30206-0)
16. Maev IV, Shelygin YuA, Skalinskaya MI, Veselov AV, Skazyvaeva EV, Rasmagina IA, i dr. Patomorfoz vospalitel'nykh zabolevaniy kishhechnika [Pathomorphosis of inflammatory bowel diseases]. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2020;75(1):27-35. <https://doi.org/10.15690/vramn1219>
17. Gecse KB, Bemelman W, Kamm MA, Stoker J, Khanna R, Ng SC, et al.; World Gastroenterology Organization, International Organisation for Inflammatory Bowel Diseases IOIBD, European Society of Coloproctology and Roberts Clinical Trials. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. *Gut*. 2014;63(9):1381-92. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2013-306709>
18. Campos S, Portela F, Sousa P, Sofia C. Inflammatory bowel disease: Adherence to immunomodulators in a biological therapy era. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2016;28(11):1313-9. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000704>
19. Fiorino G, Allocca M, Chaparro M, Coenen S, Fidalgo C, Younge L, et al. Quality of care' standards in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2019;13(1):127-37. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jyy140>
20. Parfyonov AI, Knyazev OV, Babayan AF, Kagramanova AV. Nizkaya priverzhenost' lecheniyu – slaboye zveno v tsepi problem yazvennogo kolita [Low adherence to treatment is the weak link in the chain of problems of ulcerative colitis]. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2021;93(12):1419-27. <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201172>
21. Andreev KA, Gorbenko AV, Skirdenko YuP, Nikolaev NA, Livzan MA, Bikbavova GR, i dr. Priverzhennost' lecheniyu bol'nykh vospalitel'nyimi zabolevaniyami kishhechnika [Adherence to treatment of patients with inflammatory bowel diseases]. *Byulleten' Sibirskoy meditsiny*. 2021;20(3):120-8. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-3-120-128>
22. Tagirova AR, Sichinava IV, Yablokova EA, Tyurina EN, Krutikhina SB, Borisova EV, i dr. Yazvennyy kolit: osobennosti techeniya i priverzhennosti naznachennoy terapii u podrostkov [Ulcerative colitis: Features of the course and adherence to prescribed therapy in adolescents]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2019;2:125-30. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-162-2-125-130>
23. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu. Priverzhennost' lecheniyu: sovremennyy vzglyad na znakomuyu problemu [Treatment adherence: A modern look at a familiar problem]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2017;16(1):91-5. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-91-95>
24. Nguyen T-M, Caze AL, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427-45. <https://doi.org/10.1111/bcp.12194>
25. Franco FCZ, Oliveira MCC, Gaburri PD, Franco DCZ, Chebli JMF. High prevalence of non-adherence to ulcerative colitis therapy in remission: Knowing the problem to prevent loss. *Arq Gastroenterol*. 2022;59(1):40-6. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202200001-08>
26. Wu YY, Luo YY, Huang LF, Wang HJ, Gao XB, Sun J, et al. Prevalence and risk factors of medication non-adherence in children with inflammatory bowel disease. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2022;60(11):1191-5. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112140-20220110-00036>
27. Babayan AF, Firsova LD, Knyazev OV, Kagramanova AV, Ogaryov VV, Bodunova NA, i dr. Priverzhennost' lecheniyu i psikhoemotsional'nye narusheniya u bol'nykh yazvennym kolitom [Adherence to treatment and psychoemotional disorders in patients with ulcerative colitis]. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2022;18(22):26-32. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2022-18-22-26-32>
28. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2016;87:70-80. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.06.001>
29. Larsson K, Löf L, Nordin K. Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: A qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*. 2017;26(5-6):648-57. <https://doi.org/10.1111/jocn.13581>
30. Kharitidis AM, Shchukina OB. Sovremennyy vzglyad na vedenie patsientov s yazvennym kolitom lyogkoy i sredney stepeni tyazhesti v ambulatornoj praktike [A modern view on the management of patients with mild to moderate ulcerative colitis in outpatient practice]. *Lechashchiy vrach*. 2022;2:25-31. <https://doi.org/10.51793/OS.2022.25.2.004>
31. Gracie DJ, Irvine AJ, Sood R, Mikocka-Walus A, Hamlin PJ, Ford AC. Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2017;2(3):189-99. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30206-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30206-0)

32. Perry J, Chen A, Kariyawasam V, Collins G, Choong C, Teh WL, et al. Medication non-adherence in inflammatory bowel diseases is associated with disability. *Intestinal Research*. 2018;16(4):571. <https://doi.org/10.5217/ir.2018.00033>
33. Бандель ВЕ, Михайлова ЕИ, Трофимова НВ. Качество жизни и психоэмоциональные нарушения как критерий эффективности терапии у пациентов с язвенным колитом. *Гепатология и гастроэнтерология*. 2022;6.1:77-81. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2022-6-1-77-81>
34. Болотова ЕВ, Юмукян КА, Дудникова АВ. Сравнительная оценка качества жизни и уровня тревоги и депрессии у пациентов с язвенным колитом. *Доктор.Ру*. 2023;22(2):51-6. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2023-22-2-51-56>
35. Horváth G, Farkas K, Hollósi R, Nagy F, Szepes Z, Papp M, et al. Is there any association between impaired health-related quality of life and non-adherence to medical therapy in inflammatory bowel disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2012;47(11):1298-303. <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.703233>
36. Кароматов ИД, Асланова ДК. Фитотерапия в профилактике и лечении синдрома раздражённого кишечника. *Биология и интегративная медицина*. 2019;2:135-52.
37. Lönnfors S, Vermeire S, Avedano L. IBD and health-related quality of life – discovering the true impact. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;8(10):1281-6. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.03.005>
38. Zargar A, Gooraji SA, Keshavarzi B, Aghamohammadi AAH. Effect of irritable bowel syndrome on sleep quality and quality of life of inflammatory bowel disease in clinical remission. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019;10:10. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_364_17
39. Matos R, Lencastre L, Rocha V, Torres S, Vieira F, Barbosa MR, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: The role of positive psychological factors. *Health Psychol Behav Med*. 2021;9(1):989-1005. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2007098>
40. Yoon JY, Shin JE, Park SH, Park DI, Cha JM. Disability due to inflammatory bowel disease is correlated with drug compliance, disease activity, and quality of life. *Gut and Liver*. 2017;11(3):370. <https://doi.org/10.5009/gnl16422>
32. Perry J, Chen A, Kariyawasam V, Collins G, Choong C, Teh WL, et al. Medication non-adherence in inflammatory bowel diseases is associated with disability. *Intestinal Research*. 2018;16(4):571. <https://doi.org/10.5217/ir.2018.00033>
33. Bandel VE, Mikhaylova EI, Trofimova NV. Kachestvo zhizni i psikhoemotsional'nye narusheniya kak kriteriy effektivnosti terapii u patsientov s yazvennym kolitom [Quality of life and psycho-emotional disorders as a criterion for the effectiveness of therapy in patients with ulcerative colitis]. *Gepatologiya i gastroenterologiya*. 2022;6.1:77-81. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2022-6-1-77-81>
34. Bolotova EV, Yumukyan KA, Dudnikova AV. Sravnitel'naya otsenka kachestva zhizni i urovnya trevogi i depressii u patsientov s yazvennym kolitom [Comparative assessment of quality of life and levels of anxiety and depression in patients with ulcerative colitis]. *Doktor.Ru*. 2023;22(2):51-6. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2023-22-2-51-56>
35. Horváth G, Farkas K, Hollósi R, Nagy F, Szepes Z, Papp M, et al. Is there any association between impaired health-related quality of life and non-adherence to medical therapy in inflammatory bowel disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2012;47(11):1298-303. <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.703233>
36. Karomатов ID, Aslanova DK. Fitoterapiya v profilaktike i lechenii sindroma razdrzhyonnogo kischechnika [Phytotherapy in prevention and treatments of the irritable bowel syndrome]. *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2019;2:135-52.
37. Lönnfors S, Vermeire S, Avedano L. IBD and health-related quality of life – discovering the true impact. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;8(10):1281-6. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.03.005>
38. Zargar A, Gooraji SA, Keshavarzi B, Aghamohammadi AAH. Effect of irritable bowel syndrome on sleep quality and quality of life of inflammatory bowel disease in clinical remission. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019;10:10. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_364_17
39. Matos R, Lencastre L, Rocha V, Torres S, Vieira F, Barbosa MR, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: The role of positive psychological factors. *Health Psychol Behav Med*. 2021;9(1):989-1005. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2007098>
40. Yoon JY, Shin JE, Park SH, Park DI, Cha JM. Disability due to inflammatory bowel disease is correlated with drug compliance, disease activity, and quality of life. *Gut and Liver*. 2017;11(3):370. <https://doi.org/10.5009/gnl16422>

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Джамолова Рухшона Джалолиддиновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней № 3, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0002-3327-0459

SPIN-код: 7258-1450

Author ID: 1073934

E-mail: ruha13@mail.ru

Мухаббатов Джиёнхон Курбонovich, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии № 1 им. проф. А.Н. Каххорова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0002-2100-310X

SPIN-код: 8407-5820

Author ID: 390576

E-mail: mukhabbatov67@mail.ru

Рахмонов Джамалиддин Туёмуродович, ассистент кафедры внутренних болезней № 3, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0003-4204-5381

E-mail: djamol8688@mail.ru

Али-Заде Сухроб Гаффарович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбонова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0002-2456-7509

SPIN-код: 6854-5343

И AUTHORS' INFORMATION

Jamolova Rukhshona Jaloliddinovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Medicine № 3, Avicenna Tajik State Medical University

ORCID ID: 0000-0002-3327-0459

SPIN: 7258-1450

Author ID: 1073934

E-mail: ruha13@mail.ru

Mukhabbatov Dzhionkhon Kurbonovich, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Surgery № 1 named after Professor A.N. Kakhkhorov, Avicenna Tajik State Medical University

ORCID ID: 0000-0002-2100-310X

SPIN: 8407-5820

Author ID: 390576

E-mail: mukhabbatov67@mail.ru

Rakhmonov Dzhamoliddin Tuymurodovich, Assistant of the Department of Internal Medicine № 3, Avicenna Tajik State Medical University

ORCID ID: 0000-0003-4204-5381

E-mail: djamol8688@mail.ru

Ali-Zade Sukhrob Gaffarovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 1 named after Academician K.M. Kurbonov, Avicenna Tajik State Medical University

ORCID ID: 0000-0002-2456-7509

SPIN: 6854-5343

Author ID: 258253
E-mail: suhrob_a@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствует

 АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джамолова Рухшона Джалолиддиновна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней № 3, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино, 29-31
Тел.: +992 (915) 250055
E-mail: ruha13@mail.ru

Author ID: 258253
E-mail: suhrob_a@mail.ru

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest

 ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Jamolova Rukhshona Jaloliddinovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Medicine № 3, Avicenna Tajik State Medical University

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sino str., 29-31
Tel.: +992 (915) 250055
E-mail: ruha13@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ДРД, МДК
Сбор материала: МДК, РДТ
Анализ полученных данных: ДРД, АСГ
Подготовка текста: ДРД, РДТ
Редактирование: АСГ
Общая ответственность: ДРД

Поступила 25.10.23
Принята в печать 29.02.24

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: JRJ, MDK
Data collection: MDK, RDT
Analysis and interpretation: JRJ, ASG
Writing the article: JRJ, RDT
Critical revision of the article: ASG
Overall responsibility: JRJ

Submitted 25.10.23
Accepted 29.02.24