

# Удовлетворенность обезболивающей терапией пациентов с ревматическими заболеваниями в реальной клинической практике, по данным исследования КОМПАС (Качество Обезболивания по Мнению Пациентов с Артритом и болью в Спине)

Погожева Е.Ю.<sup>1</sup>, Каратеев А.Е.<sup>1</sup>, Булгакова Н.А.<sup>2</sup>, Амирджанова В.Н.<sup>1</sup>,  
Филатова Е.С.<sup>1</sup>, Нестеренко В.А.<sup>1</sup>, Лиля А.М.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; <sup>2</sup>Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда», Москва; <sup>3</sup>кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва

<sup>1,2</sup>Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; <sup>3</sup>Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

Удовлетворенность пациентов лечением — один из основных показателей качества оказываемой медицинской помощи, особенно важный для оценки эффективности терапии скелетно-мышечной боли при ревматических заболеваниях (РЗ).

**Цель исследования** — определение удовлетворенности пациентов с РЗ обезболиванием и анализ факторов, влияющих на субъективную оценку анальгетической терапии.

**Пациенты и методы.** Проведен анонимный опрос 1040 пациентов (возраст 55,8±14,0 лет, 76,8% женщин) с различными РЗ: ревматоидным артритом (РА), остеоартритом (ОА), спондилоартритами, системными заболеваниями соединительной ткани, подагрой. Оценивали наличие боли и ее терапию, удовлетворенность лечением, мнение больных о причинах низкой эффективности обезболивания. Проанализирована зависимость неудовлетворенности лечением от ряда демографических и клинических факторов.

**Результаты и обсуждение.** 71,5% пациентов испытывали боль в одной или нескольких суставных областях и/или в спине. 70,6% пациентов использовали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 1,6% — парацетамол, 40,0% — немедикаментозные средства и методы альтернативной медицины. Полностью удовлетворены лечением были 15,6% опрошенных, частично — 64,0%, полностью не удовлетворены — 20,4%. Основными субъективными причинами недостаточной эффективности анальгетической терапии оказались: опасение принимать назначенные лекарства из-за возможных осложнений (45,4%), низкая эффективность препаратов (15,7%), невнимательное отношение врачей (20,3%). Мужской пол, индекс массы тела >30 кг/м<sup>2</sup>, сильная боль, боль в нескольких областях, а также диагноз ОА статистически значимо ассоциировались с неудовлетворенностью лечением. У пациентов с РА, напротив, отмечалась большая удовлетворенность лечением.

**Заключение.** Большинство пациентов с РЗ недовольны результатами терапии боли. Необходимы образовательная работа с пациентами и персонализированный подход к назначению анальгетической терапии.

**Ключевые слова:** ревматические заболевания; боль; анальгетическая терапия; удовлетворенность лечением.

**Контакты:** Елена Юрьевна Погожева; [dr.pogozheva@gmail.com](mailto:dr.pogozheva@gmail.com)

**Для ссылки:** Погожева ЕЮ, Каратеев АЕ, Булгакова НА и др. Удовлетворенность обезболивающей терапией пациентов с ревматическими заболеваниями в реальной клинической практике, по данным исследования КОМПАС (Качество Обезболивания по Мнению Пациентов с Артритом и болью в Спине). Современная ревматология. 2021;15(4):43–49. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-4-43-49

## *Satisfaction with analgesic therapy in patients with rheumatic diseases in real clinical practice, according to the KOMPAS study (Quality of Pain Relief in the Opinion of Patients with Arthritis and Back Pain)*

*Pogozheva E. Yu.<sup>1</sup>, Karateev A. E.<sup>1</sup>, Bulgakova N. A.<sup>2</sup>, Amirdzhanova V. N.<sup>1</sup>, Filatova E. S.<sup>1</sup>, Nesterenko V. A.<sup>1</sup>, Lila A. M.<sup>1,3</sup>*

<sup>1</sup>V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; <sup>2</sup>All-Russian Public Organization of Disabled People «Russian Rheumatological Association «Nadezhda», Moscow; <sup>3</sup>Department of Rheumatology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow

<sup>1,2</sup>34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; <sup>3</sup>2/1, Barrikadnaya St., Build. 1, Moscow 125993, Russia

*Patient's satisfaction with treatment is a fundamental indicator of the quality of medical care, which is especially important for assessing the effectiveness of therapy for musculoskeletal pain in rheumatic diseases (RD).*

**Objective:** to determine satisfaction of patients with RD with pain relief therapy and to analyze the factors influencing the subjective assessment of analgesic therapy.

**Patients and methods.** Anonymous survey of 1040 patients (age  $55.8 \pm 14.0$  years, 76.8% were women) with RD, rheumatoid arthritis (RA), osteoarthritis (OA), spondyloarthritis, systemic connective tissue diseases and gout, was carried out. The presence of pain and its therapy, satisfaction with treatment, and patient's opinion about the reasons of low pain relief effectiveness were assessed. The dependence of the presence of dissatisfaction with treatment on a number of demographic and clinical factors was analyzed.

**Results and discussion.** 71.5% of patients experienced pain in one or more joint areas and/or in the back. 70.6% of patients used non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), 1.6% — paracetamol, 40.0% — non-drug modalities and methods of alternative medicine. 15.6% of the respondents were completely satisfied with the treatment, 64.0% were partially satisfied, and 20.4% were completely dissatisfied. The main subjective reasons for the insufficient effectiveness of analgesic therapy were: fear of taking prescribed medications due to possible complications (45.4%), low effectiveness of drugs (15.7%), insufficient attention of doctors (20.3%). Male gender, body mass index  $>30 \text{ kg/m}^2$ , severe pain, pain in several areas, and the diagnosis of OA were statistically significantly associated with treatment dissatisfaction. In contrast, patients with RA showed greater satisfaction with treatment.

**Conclusion.** Most patients with RD are dissatisfied with the results of pain therapy. Educational work with patients and a personalized approach to prescribing analgesic therapy is needed.

**Key words:** rheumatic diseases; pain; analgesic therapy; satisfaction with treatment.

**Contact:** Elena Yurievna Pogozheva; [dr.pogozheva@gmail.com](mailto:dr.pogozheva@gmail.com)

**For reference:** Pogozheva EYu, Karateev AE, Bulgakova NA, et al. Satisfaction with analgesic therapy in patients with rheumatic diseases in real clinical practice, according to the KOMPAS study (Quality of Pain Relief in the Opinion of Patients with Arthritis and Back Pain). *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2021;15(4):43–49. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-4-43-49

Болезнь оказывает на человека многоплановое негативное влияние: это не только непосредственные страдания и функциональные нарушения, но и снижение настроения, работоспособности, социальной активности, финансовые потери, проблемы в повседневной жизни и т. д. [1, 2]. Пациент, обращающийся за медицинской помощью, надеется не только на уменьшение выраженности отдельных симптомов, но и на улучшение качества жизни в целом. Поэтому одним из важных параметров оценки эффективности терапии становится удовлетворенность пациента проведенным лечением [3, 4]. К сожалению, во многих исследованиях отмечен низкий уровень удовлетворенности больных лечением ревматических заболеваний (РЗ). Так, Р.С. Таулог и соавт. [5] оценили удовлетворенность лечением у 1624 больных ревматоидным артритом (РА) с умеренной или высокой активностью. Использование индекса TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) показало, что лишь 13,5% пациентов оценили результат лечения как хороший (общий TSQM  $\geq 80$ ).

V.L. Payne и соавт. [6] представили метаанализ 23 работ, в которых изучалось мнение пациентов об эффективности терапии скелетно-мышечной боли. В среднем лишь в 21% случаев отмечалась полная удовлетворенность назначенным лечением. Одной из главных причин неудовлетворенности являлось «расхождение» в ожиданиях результата терапии у пациентов и их лечащих врачей: первые рассчитывали на 80–90% улучшение, тогда как вторые — на 40–60%.

Причинами недостаточной эффективности лечения в ряде случаев могут быть ошибки в диагностике и назначении лекарств. Показательны данные М. Goge и соавт. [7], оценивших результаты лечения 33 809 больных с остеоартритом (ОА) и 22 119 пациентов с неспецифической болью в спине (НБС), информация о которых была внесена в Британскую национальную базу данных THIN (The Health Improvement Network). Было отмечено, что 2/3 из них в течение первого месяца врачи не могли подобрать эффективную схему лечения: препараты отменяли (более 90% случаев), меняли (30–60%) или добавляли новые (7,5–15%).

Серьезным препятствием для достижения терапевтического успеха могут стать тяжелое течение заболевания, ко-

морбидная патология, ограничивающая назначение необходимых лекарств, психологические проблемы и низкая приверженность лечению [8, 9].

Оценка удовлетворенности лечением и исследование причин, влияющих на этот показатель, чрезвычайно важны для выявления и устранения недостатков в работе врачей и организации здравоохранения, а также для оптимизации терапевтических подходов. Данная проблема освещалась лишь в единичных отечественных работах, поэтому ее изучение остается весьма актуальным.

**Цель исследования** — оценка удовлетворенности пациентов с РЗ результатами обезболивающей терапии, а также выявление факторов, которые могут влиять на субъективное восприятие результатов лечения.

**Пациенты и методы.** Исследование КОМПАС (Качество Обезболивания по Мнению Пациентов с Артритом и болью в Спине) представляет собой анализ частоты, характера и влияния на повседневную активность хронической боли у пациентов с РЗ, а также использования анальгетических препаратов и удовлетворенности обезболивающей терапией. Данные настоящего исследования были получены в ходе анонимного анкетирования пациентов, проведенного Общероссийской общественной организацией инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда». Использовался разработанный авторами статьи оригинальный опросник, оценивающий следующие параметры: демографические показатели; диагноз; противоревматическую терапию; интенсивность боли в суставах и позвоночнике, ее влияние на работоспособность, повседневную деятельность и уход за собой; применение обезболивающих средств, их эффективность и удовлетворенность лечением, а также возможные причины недостаточной эффективности терапии и нежелательные явления (НЯ). В опросе приняли участие 1040 пациентов (средний возраст  $55,8 \pm 14,0$  лет, 76,8% женщин) с различными РЗ: ревматоидным артритом (РА), остеоартритом (ОА), спондилоартритами (СпА), системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ), подагрой (табл. 1). Лишь около трети из них работали по специальности (35,7%), остальные имели инвалидность или находились на пенсии. Около половины пациентов получали ба-

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов (n=1040)  
Table 1. Clinical characteristics of patients (n=1040)

Параметр	Значение
Возраст, годы, М±σ	55,8±14,0
Женщины/мужчины, %	76,8/23,2
ИМТ, кг/м <sup>2</sup> , М±σ	27,1±5,2
Диагноз, %:	
РА	40,6
ОА	36,6
СпА	10,8
СЗСТ	9,8
подагра	2,2
Образование, %	
начальное	1,0
среднее	44,9
высшее	54,1
Работа, %:	
учатся	1,0
работают	35,7
находятся на инвалидности	31,6
пенсионеры	30,3
не работают	1,4
Лечение, %:	
БПВП	46,3
ГК	55,6
ГИБП	10,9
НПВП	70,6
SYSADOA	30,0

**Примечание.** ГИБП – генно-инженерные биологические препараты.

зисные противовоспалительные препараты (БПВП), в основном метотрексат, и глюкокортикоиды (ГК). Около трети больных с ОА использовали симптоматические средства замедленного действия (Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis, SYSADOA). Более 70% опрошенных регулярно принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Выраженность боли оценивалась по следующим параметрам: нет боли; слабая; умеренная; сильная; очень сильная (нестерпимая) боль, а ограничение функциональной способности – не влияет, слабое, умеренное, сильное влияние, полное ограничение.

Таблица 2. Локализация и выраженность боли в течение последних 2 нед (n=1040), %  
Table 2. Localization and severity of pain during the last 2 weeks (n=1040), %

Боль в суставах и спине	Отсутствие боли	Слабая/умеренная	Сильная/нестерпимая
Коленные суставы	28,5	46,6	24,9
Тазобедренные суставы	45,9	40,8	13,3
Плечевые суставы	40,1	44,4	15,5
Суставы кистей	34,4	44,4	21,2
Суставы стоп	36,1	42,3	21,6
Шейный отдел позвоночника	40,2	43,6	16,2
Грудной отдел позвоночника	42,3	43,4	14,3
Поясничный отдел позвоночника	29,7	45,6	24,7

Участники опроса указывали препараты, которые они использовали для контроля боли, и определяли их эффективность по 5-балльной числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), где 1 – нет эффекта, а 5 – превосходный эффект. Оценивались также удовлетворенность лечением (совсем не удовлетворен; удовлетворен, но не полностью; полностью удовлетворен) и возможные причины недостаточной эффективности терапии, по мнению пациента. Кроме того, учитывались дополнительные немедикаментозные методы лечения.

Статистическая обработка результатов выполнена с помощью стандартного статистического пакета программ (SPSS 19.0). Количественные данные представлены в виде средней и стандартного отклонения (М±σ), при отсутствии нормального распределения признака – в виде медианы и интерквартильного интервала (Ме [25-й; 75-й перцентили]), качественные данные – в виде процентного отношения. Для сравнения качественных параметров применяли критерий  $\chi^2$  Пирсона, для выявления факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов лечением, определяли отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ).

**Результаты.** По данным опроса, 71,5% пациентов испытывали боль в одной или нескольких суставных областях и/или спине. В среднем по всем локализациям отсутствие боли отмечали 37,1% опрошенных, слабую боль – 13,9%, умеренную – 30,0%, сильную – 16,2% и нестерпимую – 2,8%. Локализация боли и ее выраженность представлены в (табл. 2). Сильная боль несколько чаще встречалась в области коленного сустава и поясничного отдела позвоночника (19,8 и 20,7% соответственно). Боль значительно влияла на работоспособность, выполнение домашней работы и уход за собой – на выраженные нарушения по этим параметрам указали соответственно 34,6; 29,0 и 15,1% больных (рис. 1).

Подавляющее большинство пациентов (70,6%) принимали НПВП: 49,7% – ежедневно, 11,5% – 3–4 раза в неделю, 22,9% – 2–3 раза в неделю, 15,8% – не более 1 раза в неделю. Среди препаратов этой группы наиболее часто использовались: нимесулид (17,5%), диклофенак (16,3%) и мелоксикам (13,3%), реже – ацеклофенак (7,1%), кетопрофен (5,8%), ибупрофен (3,8%), кеторолак (2,7%), эторикоксиб (2,1%), целекоксиб (1,2%) и другие НПВП (суммарно 0,8%). Незначительное число лиц получали анальгетики.

Кроме этого, 40,0% больных самостоятельно применяли немедикаментозные и народные средства для лечения боли (рис. 2).

Анализ эффекта терапии выявил его отсутствие в 5% случаев, низкий эффект – в 22,7%, умеренный – в 46,9%, хороший – в 23,7%, превосходный – в 1,7%. Подавляющее большинство пациентов (84,4%) были частично или полностью не удовлетворены результатами лечения (рис. 3).

Самой распространенной причиной неудовлетворенности терапией, по мнению участников исследования, было нежелание использовать назначенные средства из-за риска развития НЯ (45,4%). Около трети больных

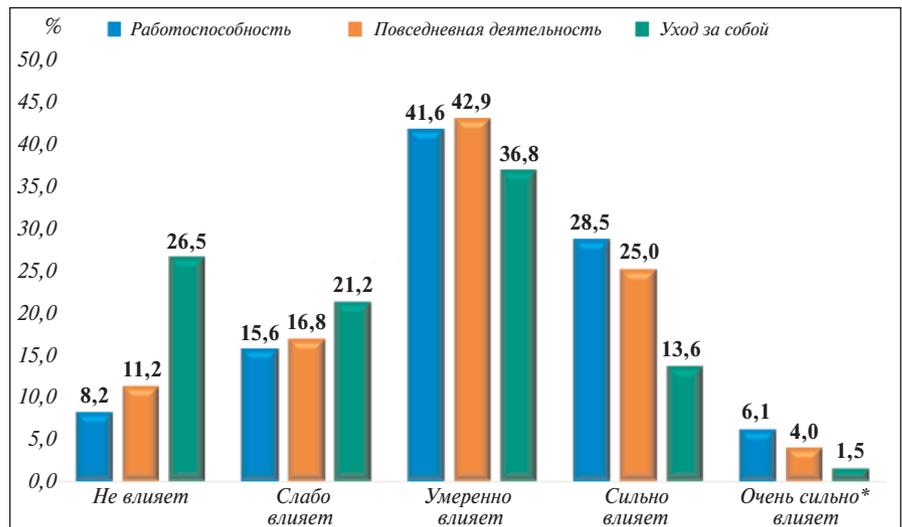
предпочитали терпеть боль и принимали НПВП в низкой дозе в течение короткого времени или в режиме «по требованию». Кроме того, 15,7% пациентов отметили, что лекарства «слабые», 20,3% указали на невнимательное отношение врачей к их жалобам, а 8,6% – на плохую диагностику причин боли. В единичных случаях пациенты предлагали свои варианты ответа: при ОА – недостаточная эффективность лечения боли, связанная с тем, что «сложно попасть на прием к врачу», а при РА – «болезнь такая» и «возраст».

По данным опроса, на фоне приема НПВП в 25,4% случаев отмечались различные НЯ: со стороны желудочно-кишечного тракта – у 16,5%, сердечно-сосудистой системы – у 4,9%, печени (повышение уровня аланинаминотрансферазы, аспаратамино-трансферазы) – у 2,6%, почек – у 0,7%, кожные аллергические реакции – у 0,7% пациентов.

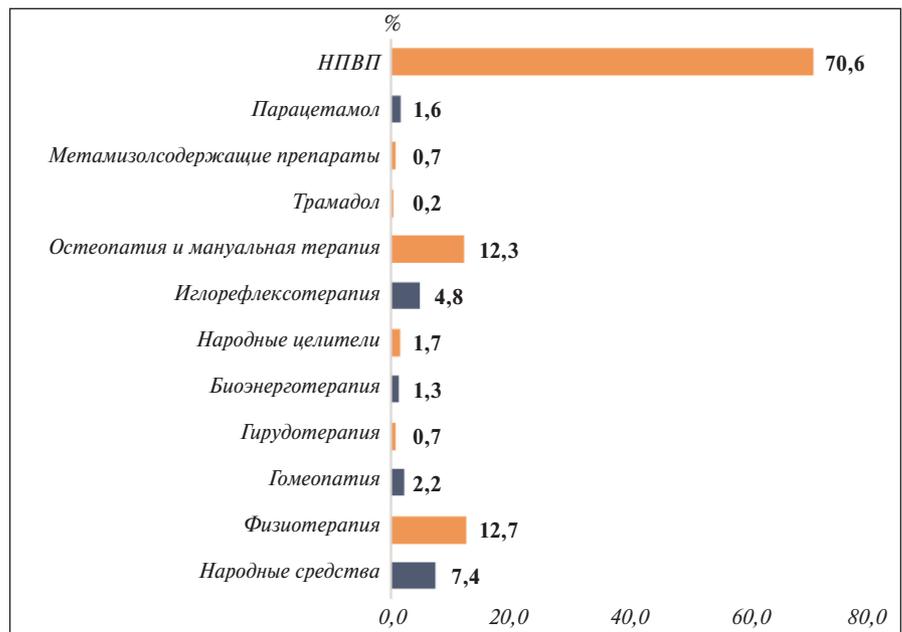
Были проанализированы факторы, связанные с отсутствием удовлетворенности лечением боли (табл. 3). Оказалось, что мужской пол, индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м<sup>2</sup>, сильная боль, болевые ощущения сразу в нескольких анатомических областях, а также диагноз ОА значимо ассоциировались с неудовлетворенностью терапией. Диагноз РА, напротив, соотносился с большей удовлетворенностью лечением (ОШ 0,701; 95% ДИ 0,497–0,990; p=0,043). Также пациенты с РА статистически значимо чаще отмечали хороший эффект лечения по сравнению с больными ОА (25,9 и 16,9% соответственно; p=0,003). Не выявлено ассоциации неудовлетворенности лечением с другими РЗ – подагрой (ОШ 1,041; 95% ДИ 0,341–3,175; p=0,944), СпА (ОШ 0,846; 95% ДИ 0,487–1,471; p=0,554), СЗСТ (ОШ 0,627; 95% ДИ 0,324–1,214; p=0,163).

**Обсуждение.** Большинство пациентов с РЗ (71,5%), несмотря на проводимое лечение БПВП и анальгетиками, испытывали боль в суставах и спине, из них около 20% – выраженную или нестерпимую боль, значительно снижающую работоспособность, повседневную активность и способность к самообслуживанию. При этом лишь четверть опрошенных (25,4%) оценили результат анальгетической терапии как хороший или превосходный, и только 15,6% были полностью удовлетворены лечением.

Полученные результаты совпадают с данными литературы, указывающими на глобальный характер проблемы неудовлетворенности больных терапией. Как установлено в



**Рис. 1.** Влияние боли на функциональную способность пациентов. \* – «невозможно работать», «невозможно ничего делать», «невозможно без посторонней помощи»  
**Fig. 1.** Influence of pain on the functional ability of patients. \* – «it is impossible to work», «it is impossible to do anything», «it is impossible without outside help»



**Рис. 2.** Лекарственные средства и методы лечения, применяемые пациентами для контроля боли. \* – суммарный показатель превышает 100%, поскольку один пациент мог использовать несколько анальгетических средств  
**Fig. 2.** Medicines and treatments used by patients to control pain. \* – the total number exceeds 100% since one patient could use several analgesics

метаанализе V.L. Rayne и соавт. [6], лишь 21% пациентов с хронической болью остались довольны результатом лечения. При опросе 2508 жителей Германии, проведенном в 2013 г. W. Häuser и соавт. [10], 33,1% больных с хронической болью оказались не удовлетворены получаемой анальгетической терапией. Опрос 500 пациентов с хронической болью, обратившихся в отделения неотложной помощи показал, что в 24% случаев результаты терапии их не устраивали [11]. V. Kope и соавт. [12] выяснили, что удовлетворенность анальгетической терапией зависела от таких факторов, как корот-



**Рис. 3.** Оценка удовлетворенности лечением, в %  
**Fig. 3.** Assessment of satisfaction with treatment, in %

кое время ожидания приема ( $\leq 20$  мин), возможность обезболивания до осмотра врача и повторная оценка боли после визита к врачу. Учет этих факторов и оптимизация лечения позволили повысить удовлетворенность пациентов терапией с 39,8% в 1999 г. до 60,2% в 2007 г.

Интересные данные приводят S. Taylor и соавт. [13], которые оценили удовлетворенность терапией НПВП при ОА. В исследование были включены 713 жителей Германии, Испании и Великобритании. В среднем половина пациентов осталась недовольна результатами лечения (31% при легком течении ОА и 60% при умеренном или тяжелом). Наиболее распространенными причинами неудачной терапии были ее недостаточная эффективность (56%) и НЯ (11,1%).

В настоящем исследовании была отмечена важная закономерность: многие пациенты самостоятельно ограничива-

ли прием назначенных им лекарств из-за опасения НЯ. Вероятно, именно поэтому около 40% опрошенных использовали немедикаментозные методы лечения, в том числе с недоказанной и сомнительной эффективностью. Полученные результаты подтверждают необходимость адекватного контакта с пациентом, умения врача четко объяснить цели терапии, особенности лекарств, методы контроля и предупреждения НЯ. По данным зарубежных авторов, низкая приверженность терапии отмечается примерно у 50% больных с ОА и РА [14, 15]. При этом от 28 до 90% больных РА прибегают к альтернативным и дополнительным методам лечения [16].

Важной частью нашего исследования стала оценка факторов, которые влияют на неудовлетворенность лечением. Так, мужчины были чаще недовольны эффективностью обезболивания, чем женщины. Этот результат расходится с широко распространенным мнением о более низком болевом пороге и более высокой ноцицептивной чувствительности у женщин [17].

Неудовлетворенность лечением была выше при избыточной массе тела (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>), что хорошо согласуется с данными литературы. Известно, что ожирение способствует хронизации боли за счет гиперпродукции жировой тканью провоспалительных адипокинов и цитокинов, замедляющих разрешение локального воспаления. Кроме того, повышенная механическая нагрузка на суставы и позвоночник снижает эффективность анальгетической терапии при ОА и НБС [18, 19].

**Таблица 3.** Факторы, связанные с неудовлетворенностью пациентов анальгетической терапией, %  
**Table 3.** Factors associated with patient dissatisfaction with analgesic therapy, %

Фактор	Неудовлетворенность лечением	ОШ (95% ДИ)	p
Возраст, годы:			
≥65	23,8	1,313 (0,918–1,877)	0,158
<65	19,2		
Пол:		<b>0,637 (0,444–0,913)</b>	<b>0,015</b>
женский	18,5		
мужской	26,3		
Высшее образование:		0,923 (0,625–1,364)	0,691
да	18,1		
нет	19,3		
ИМТ, кг/м <sup>2</sup> :		<b>1,506 (1,055–2,152)</b>	<b>0,029</b>
≥30	25,2		
<30	18,3		
Диагноз ОА:		<b>1,582 (1,133–2,209)</b>	<b>0,007</b>
да	25,3		
нет	17,6		
Боль в суставах:		<b>2,131 (1,519–1,988)</b>	<b>0,001</b>
сильная/нестерпимая	26,7		
слабая/умеренная	14,6		
Боль в спине:		<b>4,204 (2,975–5,942)</b>	<b>0,001</b>
сильная/нестерпимая	35,5		
слабая/умеренная	11,6		
Сильная боль в суставах в $\geq 2$ областях:		<b>1,894 (1,344–2,669)</b>	<b>0,001</b>
да	28,2		
нет	17,2		
Сильная боль в суставах и спине:		<b>3,242 (2,304–4,565)</b>	<b>0,001</b>
да	31,8		
нет	12,5		

Выявленная в нашем исследовании более низкая удовлетворенность лечением у больных ОА по сравнению с пациентами с другими РЗ, особенно с РА, может быть связана с отсутствием патогенетической терапии ОА, в отличие от РА, в лечении которого за последние годы удалось добиться серьезного прогресса. Вместе с тем ОА долгое время считалась «возрастной» патологией, и степень ее воздействия на состояние здоровья пациента недооценивалась. В работе T. Pincus и соавт. [20] было показано, что выраженность боли и функциональных нарушений при ОА отнюдь не меньше, чем при РА. Результаты метаанализа 8 исследований свидетельствуют о том, что медиана боли (по шкале 0–10) для РА составляла от 4,3 до 4,7 балла, для ОА – от 4,3 до 6,1 балла; медиана HAQ (Health Assessment Questionnaire) для РА – от 1,7 до 3,2, для ОА – от 1,9 до 2,7. По индексу активности RAPID 3 (Routine Assessment of Patient Index Data) были отмечены примерно равные значения для РА и ОА: 6,2–15,6 и 10,3–16,8 соответственно.

Влияние выраженных болевых ощущений ( $\geq 7$  баллов по ЧРШ) на снижение эффективности анальгетической терапии может свидетельствовать как о более значимой локальной патологии, так и о низком болевом пороге и эмоциональной лабильности пациента, что также способно обусловить более низкую оценку результатов обезболивания [21, 22].

Существенно ухудшает результаты терапии наличие нескольких источников боли. Как показано в ряде исследований и подтверждается нашими данными, множественность источников боли приводит к ее хронизации и снижает эффективность обезболивания. Это может быть связано с сум-

мацией афферентных ноцицептивных сигналов, исходящих из разных областей, на уровне ЦНС и развитием феномена центральной сенситизации. Следует учесть, что поражение нескольких отделов скелетно-мышечной системы сопровождается более выраженными нарушениями биомеханики и нередко ассоциируется с системными метаболическими нарушениями [23–25].

**Заключение.** Хроническая боль, вызывающая серьезные страдания и нарушения функции, отмечается у большинства пациентов с РЗ, несмотря на патогенетическую терапию и прием обезболивающих средств. Чаще всего (70,6%) для контроля боли применяют НПВП. В то же время многие пациенты самостоятельно используют разные немедикаментозные методы и подходы альтернативной медицины. Вызывают тревогу данные, свидетельствующие о том, что подавляющее большинство пациентов с РЗ в какой-то мере или полностью недовольны результатами анальгетической терапии. Отчасти это можно объяснить тем, что многие из них отказывались от приема эффективных препаратов из-за опасения осложнений. Вместе с тем эти осложнения действительно отмечаются у каждого 4-го пациента на фоне лечения НПВП.

Необходимы образовательные программы для пациентов с РЗ, в которых должны четко объясняться цели, возможности и средства контроля хронической боли, при этом особое внимание следует уделять немедикаментозным методам и необходимости поддержания здорового образа жизни. Также важен персонализированный выбор обезболивающей терапии на основе оценки клинической ситуации, психосоциальных аспектов и коморбидных заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Лила АМ, Древал РО, Инамова ОВ и др. Медико-экономический анализ влияния инвалидизации, ассоциированной с ревматическими заболеваниями, на экономику страны с учетом реализации пенсионной реформы. Современная ревматология. 2019;13(4):18-25. [Lila AM, Dreval RO, Inamova OV, et al. Medical and economic analysis of the impact of rheumatoid disease-associated disability on the country's economy in terms of implementation of pension reforms. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(4):18-25. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2019-4-18-25
2. Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, Edwards CJ. Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review. *Rheumatol Ther*. 2020 Sep;7(3):457-71. doi: 10.1007/s40744-020-00217-4
3. Mpinga EK, Chastonay P. Satisfaction of patients: a right to health indicator? *Health Policy*. 2011 May;100(2-3):144-50. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.11.001. Epub 2010 Dec 3.
4. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*. 2015 Sep;135(5):243-50. doi: 10.1177/1757913915594196. Epub 2015 Jul 17.
5. Taylor PC, Ancuta C, Nagy O, et al. Treatment Satisfaction, Patient Preferences, and the Impact of Suboptimal Disease Control in a Large International Rheumatoid Arthritis Cohort: SENSE Study. *Patient Prefer Adherence*. 2021 Feb 17;15:359-73. doi: 10.2147/PPA.S289692. eCollection 2021.
6. Payne VL, Singh H, Meyer AN, et al. Patient-initiated second opinions: systematic review of characteristics and impact on diagnosis, treatment, and satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2014 May;89(5):687-96. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.02.015.
7. Gore M, Sadosky A, Leslie D, et al. Therapy Switching, Augmentation, and Discontinuation in Patients with Osteoarthritis and Chronic Low Back Pain. *Pain Pract*. 2012 Jul;12(6):457-68. doi: 10.1111/j.1533-2500.2011.00524.x. Epub 2012 Jan 9.
8. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA*. 2014 Aug 27;312(8):825-36. doi: 10.1001/jama.2014.9405.
9. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review. *Patient Prefer Adherence*. 2018 Jul 3;12:1151-66. doi: 10.2147/PPA.S165101.
10. Häuser W, Schmutzer G, Henningsen P, Brähler E. Chronic pain, pain disease, and satisfaction of patients with pain treatment in Germany. Results of a representative population survey. *Schmerz*. 2014 Oct;28(5):483-92. doi: 10.1007/s00482-014-1438-y.
11. Todd K, Cowan P, Kelly N, Homel P. Chronic or recurrent pain in the emergency department: national telephone survey of patient experience. *West J Emerg Med*. 2010 Dec;11(5):408-15.
12. Kone V, Lecomte F, Randriamanana D, et al. Impact of a pilot team on patients' pain reduction and satisfaction in an emergency department: A before-and-after observational study. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2016 Apr;64(2):59-66. doi: 10.1016/j.respe.2015.11.010.
13. Taylor S, Everett S, Taylor T, et al. A measure of treatment response: patient and physician satisfaction with traditional NSAIDs for osteoarthritis control. *Open Access Rheumatol*. 2013 Jul 29;5:69-76. doi: 10.2147/OARRR.S41940.

14. Gossec L, Molto A, Romand X, et al. Recommendations for the assessment and optimization of adherence to disease-modifying drugs in chronic inflammatory rheumatic diseases: A process based on literature reviews and expert consensus. *Joint Bone Spine*. 2019 Jan;86(1):13-19. doi: 10.1016/j.jbspin.2018.08.006.
15. Margolis JM, Princic N, Smith DM, et al. Development of a novel algorithm to determine adherence to chronic pain treatment guidelines using administrative claims. *J Pain Res*. 2017 Feb 8;10:327-39. doi: 10.2147/JPR.S118248.
16. Efthimiou P, Kukar M. Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis: proposed mechanism of action and efficacy of commonly used modalities. *Rheumatol Int*. 2010 Mar;30(5):571-86. doi: 10.1007/s00296-009-1206-y
17. Casale R, Atzeni F, Bazzichi L, et al. Pain in Women: A Perspective Review on a Relevant Clinical Issue that Deserves Prioritization. *Pain Ther*. 2021 Jun;10(1):287-314. doi: 10.1007/s40122-021-00244-1. Epub 2021 Mar 15.
18. Courties A, Gualillo O, Berenbaum F, Sellam J. Metabolic stress-induced joint inflammation and osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015 Nov;23(11):1955-65. doi: 10.1016/j.joca.2015.05.016.
19. Belluzzi E, El Hadi H, Granzotto M, et al. Systemic and Local Adipose Tissue in Knee Osteoarthritis. *J Cell Physiol*. 2017 Aug;232(8):1971-8. doi: 10.1002/jcp.25716.
20. Pincus T, Castrejon I, Yazici Y, et al. Osteoarthritis is as severe as rheumatoid arthritis: evidence over 40 years according to the same measure in each disease. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):7-17.
21. Яхно НН, Кукушкин МЛ, редакторы. Боль (практическое руководство для врачей). Москва: Издательство РАМН; 2012. 512 с.
- [Yakhno NN, Kukushkin ML, editors. *Bol' (prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei)* [Pain (a practical guide for doctors)]. Moscow: Izdatel'stvo RAMN; 2012. 512 p.].
22. Larsson C, Hansson EE, Sundquist K, Jakobsson U. Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. *Scand J Rheumatol*. 2016 Nov 25;1-9. doi: 10.1080/03009742.2016.1218543.
23. Felson DT. The sources of pain in knee osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005 Sep;17(5):624-8. doi: 10.1097/01.bor.0000172800.49120.97.
24. Staud R. Evidence for shared pain mechanisms in osteoarthritis, low back pain, and fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep*. 2011 Dec;13(6):513-20. doi: 10.1007/s11926-011-0206-6.
25. Haviv B, Bronak S, Thein R. The complexity of pain around the knee in patients with osteoarthritis. *Isr Med Assoc J*. 2013 Apr;15(4):178-81.

Поступила/отрецензирована/принята к печати  
Received/Reviewed/Accepted  
21.04.2021/8.06.2021/10.06.2021

#### Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Погожева Е.Ю. <https://orcid.org/0000-0001-5103-5447>  
Каратеев А.Е. <https://orcid.org/0000-0002-1391-0711>  
Амирджанова В.Н. <https://orcid.org/0000-0001-5382-6357>  
Филатова Е.С. <https://orcid.org/0000-0002-2475-862>  
Нестеренко В.А. <https://orcid.org/0000-0002-7179-817>  
Лиля А.М. <https://orcid.org/0000-0002-6068-3080>