

Приверженность лечению беременных с различными видами патологии: клинико-психологический обзор зарубежных исследований

Мария Александровна Коргожа, Алеся Олеговна Евмененко,
Софья Михайловна Музыченко

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург,
ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Для цитирования: Коргожа М.А., Евмененко А.О., Музыченко С.М. Приверженность лечению беременных с различными видами патологии: клинико-психологический обзор зарубежных исследований. *Psychology and Childhood*. 2026;1(1):9–20.

Получена: 20.02.2026

Прошла рецензирование: 20.04.2026

Принята к печати: 20.05.2026

РЕЗЮМЕ. Введение. В период беременности приверженность лечению приобретает особое клиническое и психологическое значение, поскольку выполнение медицинских рекомендаций связано не только с состоянием женщины, но и с благополучием плода. При этом приверженность беременных существенно различается в зависимости от вида патологии, характера заболевания, формы лечения, воспринимаемой безопасности терапии и качества коммуникации с медицинскими специалистами. **Цель обзора** — обобщить данные зарубежных исследований о приверженности лечению беременных с различными видами соматической, инфекционной и психической патологии и выделить нозологически специфичные и сквозные клинико-психологические барьеры соблюдения медицинских рекомендаций. **Материалы и методы.** Выполнен тематический анализ материалов, выделенных из более широкого обзора о приверженности лечению в период беременности. В фокус анализа включены публикации, посвященные антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции, лечению сахарного диабета и гестационного сахарного диабета, профилактике и терапии железодефицитной анемии, антигипертензивной терапии и самостоятельному мониторингу артериального давления, противоэпилептической терапии, а также психотерапии и психофармакотерапии в период беременности. **Результаты.** Наиболее выраженные барьеры приверженности беременных женщин связаны с дефицитом знаний о заболевании и лечении, страхом вреда для плода, побочными эффектами терапии, финансовыми и организационными ограничениями, стигматизацией, депрессивной и тревожной симптоматикой, низкой самоэффективностью, недостаточной социальной поддержкой и низким доверием врачу. При этом мотивация, ориентированная на благополучие будущего ребенка, понятное объяснение пользы и безопасности лечения, опыт предшествующей терапии и поддержка ближайшего окружения могут повышать приверженность. **Выводы.** Приверженность лечению беременных нельзя рассматривать как единый универсальный показатель. Ее содержание и барьеры существенно меняются в зависимости от клинического контекста: при ВИЧ-инфекции доминирующими барьерами являются стигма и доступность помощи, при гестационном сахарном диабете — принятие диагноза и изменение образа жизни, при анемии — доступность препаратов и переносимость терапии, при гипертензивных состояниях — регулярность самоконтроля,

✉ Мария Александровна Коргожа. E-mail: ma.korgozha@gpmu.org

© Коргожа М.А., Евмененко А.О., Музыченко С.М., 2026

при эпилепсии — баланс рисков приступов и тератогенных опасений, при психических расстройствах — амбивалентность и страх вреда для ребенка. Перспективное направление — разработка дифференцированных медико-психологических программ повышения приверженности лечению в период беременности, учитывающих состояние здоровья пациентки, характер терапии и ведущие барьеры соблюдения медицинских рекомендаций.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: приверженность лечению, беременность, ВИЧ-инфекция, гестационный сахарный диабет, железодефицитная анемия, артериальная гипертензия, эпилепсия, психофармакотерапия, психологические факторы

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при разработке и написании статьи.

Review

Treatment adherence in pregnant women with various types of pathology: a clinical-psychological review of international studies

Maria A. Korgozha, Alesya O. Evmenenko, Sofya M. Muzychenko

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

For citation: Korgozha M.A., Evmenenko A.O., Muzychenko S.M. Treatment adherence in pregnant women with various types of pathology: a clinical-psychological review of international studies. *Psychology and Childhood*. 2026;1(1):9–20. (In Russ.).

Received: 20.02.2026

Reviewed: 20.04.2026

Accepted: 20.05.2026

ABSTRACT. Introduction. During pregnancy, adherence to treatment acquires special clinical and psychological significance, as following medical recommendations affects not only the woman's health but also the well-being of the fetus. At the same time, adherence among pregnant women varies considerably depending on the type of pathology, nature of the disease, treatment modality, perceived safety of therapy, and quality of communication with healthcare professionals. The aim of this review is to summarize data from international studies on treatment adherence in pregnant women with various somatic, infectious, and psychiatric conditions, and to identify nosology-specific and cross-cutting clinical and psychological barriers to following medical recommendations. **Materials and methods.** A thematic analysis was performed on materials drawn from a broader review of treatment adherence during pregnancy. The analysis focused on publications addressing antiretroviral therapy for HIV infection, management of diabetes mellitus and gestational diabetes mellitus, prevention and treatment of iron deficiency anemia, antihypertensive therapy and self-monitoring of blood pressure, antiepileptic therapy, as well as psychotherapy and psychopharmacotherapy during pregnancy. **Results.** The most pronounced barriers to adherence in pregnant women include lack of knowledge about the disease and its treatment, fear of harm to the fetus, side effects of therapy, financial and organizational constraints, stigmatization, depressive and anxiety symptoms, low self-efficacy, insufficient social support, and low trust in the physician. Conversely, motivation focused on the future child's well-being, clear explanations of treatment benefits and safety, prior treatment experience, and support from close others can enhance adherence. **Conclusions.** Treatment adherence in pregnant women cannot be viewed as a single universal indicator. Its content and barriers change substantially depending on the clinical context: in HIV infection, the dominant barriers are stigma and access to care; in gestational diabetes — acceptance of the diagnosis and lifestyle change; in anemia — medication availability and treatment tolerability; in hypertensive conditions — regularity of self-monitoring; in epilepsy — the balance between seizure risk and teratogenic concerns; in psychiatric disorders — ambivalence and fear of harm to the child. A promising direction is the development of differentiated medical and psychological programs to improve treatment adherence during pregnancy, taking into account the patient's health status, the nature of prescribed therapy, and the leading barriers to following medical recommendations.

KEYWORDS: treatment adherence, pregnancy, HIV infection, gestational diabetes mellitus, iron deficiency anemia, arterial hypertension, epilepsy, psychopharmacotherapy, psychological factors

Funding. This study was not supported by any external sources of funding.

✉ Maria Aleksandrovna Korgozha. E-mail: ma.korgozha@gpmu.org

© Korgozha M.A., Evmenenko A.O., Muzychenko S.M., 2026

ВВЕДЕНИЕ

Приверженность лечению — одно из ключевых условий эффективности медицинской помощи, однако в период беременности этот феномен приобретает особую сложность. Беременная женщина оценивает рекомендации врача не только через призму собственного заболевания, но и с учетом возможных последствий для будущего ребенка. Именно поэтому даже при наличии клинических показаний выполнение назначений может определяться не только тяжестью состояния и доступностью терапии, но и субъективным восприятием риска, уровнем доверия врачу, семейной поддержкой, эмоциональным состоянием и готовностью к изменению образа жизни [1–3].

Традиционно в научной литературе приверженность лечению часто описывают через регулярность приема препаратов, соблюдение дозировок, продолжительность терапии и выполнение немедикаментозных рекомендаций. При этом для беременных такого универсального описания недостаточно. Одинаковый показатель «низкой приверженности» может отражать разные формы поведения будущей матери при различных заболеваниях, например, нерегулярный прием антиретровирусной терапии (АРТ), отказ от инсулина, несоблюдение диеты при гестационном сахарном диабете, пропуски приема препаратов железа, нерегулярный самостоятельный мониторинг артериального давления, самостоятельную отмену противосудорожных препаратов или отказ от психофармакотерапии из-за страха навредить ребенку [1, 3].

Содержательный анализ исходного массива материалов научных публикаций показал, что самостоятельный потенциал для отдельных теоретических и эмпирических исследований имеет тема приверженности лечению беременных при различных видах патологии. В отличие от работ, сосредоточенных преимущественно на общем понимании приверженности, методах ее оценки и универсальных психологических факторах, такой подход позволяет раскрыть нозологически специфичную совокупность барьеров приверженности в период беременности [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обобщить данные зарубежных исследований о приверженности лечению беременных с различными видами соматической, инфекционной

и психической патологии и выделить нозологически специфичные и сквозные клинико-психологические барьеры соблюдения медицинских рекомендаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Статья подготовлена как тематический обзор и вторичный аналитический срез материалов, выделенных из более широкого обзора о приверженности лечению беременных женщин. Первичный поиск публикаций осуществляли по запросу («treatment adherence» OR «treatment compliance») AND («pregnancy» OR «pregnant women») в международных базах научных публикаций, включая PubMed, Web of Science и Mendeley. В исходный массив входили эмпирические и обзорные публикации в период с 2000 по неполный 2026 год, посвященные приверженности лечению и медицинским рекомендациям в период беременности. Названия, аннотации и ключевые слова составили область поиска. Всего нами было проанализировано 172 статьи, после удаления дубликатов статей для итогового анализа было оставлено 68 статей. Повторный поиск материалов из отобранного набора публикаций проводили с целью сбора сведений о приверженности лечению в контексте конкретных видов патологии и клинических состояний и медицинских предписаний: ВИЧ-инфекция и АРТ; сахарный диабет и гестационный сахарный диабет; железодефицитная анемия; артериальная гипертензия, преэклампсия и самостоятельный мониторинг артериального давления; эпилепсия и противосудорожная терапия; депрессивные, тревожные и другие психические расстройства, требующие психотерапии или психофармакотерапии. Рассматриваемые виды заболеваний и их лечение составили основной фокус нашего исследовательского интереса как наиболее актуальные и распространенные ситуации нарушения здоровья у женщин в период беременности. Единицей анализа выступали сведения о частоте и уровне приверженности или неприверженности, методах оценки, основных барьерах и факторах, повышающих вероятность соблюдения рекомендаций. Отдельно выделяли психологические факторы: тревогу, депрессию, хронический стресс, самоэффективность, саморегуляцию, доверие врачу, страх вреда для плода, стигматизацию, амбивалентность отношения к терапии и мотивацию, ориентированную на здоровье ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общие закономерности приверженности лечению в период беременности

Обзор материалов показал, что беременность может выступать как фактор повышения приверженности лечению какого-либо заболевания, но это влияние неоднородно. Более высокий уровень соблюдения медицинских рекомендаций чаще наблюдается в ситуациях, когда женщина осознает критическую значимость терапии для сохранения собственного здоровья и благополучия будущего ребенка. Напротив, более низкая приверженность характерна для профилактических назначений, кратковременных схем лечения и рекомендаций по образу жизни, особенно если их смысл недостаточно объяснен или результат не воспринимается женщиной как непосредственный [1, 3, 4].

Общими барьерами приверженности для разных видов патологии выступают личностные и социальные характеристики будущих матерей, такие как недостаток знаний о заболевании, непонимание цели назначений, опасения по поводу влияния препаратов на развитие плода, потенциальные побочные эффекты терапии, забывчивость, низкая медицинская грамотность, низкий уровень образования, финансовые трудности, ограниченная доступность специализированной помощи и слабая социальная поддержка. Эти факторы редко действуют изолированно, чаще всего они формируют комплексную ситуацию, в которой медицинская рекомендация не превращается в устойчивое поведение пациентки [1–4].

Особую роль играет психологический смысл лечения. Одна и та же забота о будущем ребенке может воздействовать в противоположных направлениях: повышать приверженность, когда лечение воспринимается как способ защиты ребенка, и, наоборот, снижать ее, когда женщина считает препарат потенциальной угрозой для плода. Именно поэтому в период беременности центральной задачей становится не только информирование о схеме терапии, но и работа с представлениями женщины о рисках, безопасности и необходимости лечения [2, 3, 5, 6]. При общих закономерностях, влияющих на уровень приверженности лечению, отдельные виды соматической, инфекционной и психической патологии имеют обособленные специфические

особенности, которые необходимо рассмотреть по отдельности.

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, и приверженность антиретровирусной терапии в период беременности

ВИЧ-инфекция остается одной из наиболее изучаемых клинических областей в исследованиях приверженности лечению беременных женщин. Ключевое значение АРТ связано с профилактикой вертикальной передачи инфекции от матери ребенку. При отсутствии профилактических мер риск передачи ВИЧ может сохраняться в период беременности, родов и грудного вскармливания, что делает регулярный прием препаратов принципиальным условием перинатальной профилактики [7–10].

В исследованиях и обзорах, включавших данные из стран Европы, США и Африки, показатели приверженности АРТ беременных существенно варьировали — от 23 до 80%. Такая вариативность связана не только с различиями в клинической помощи, но и с неодинаковыми критериями высокой приверженности: в разных работах использовали пороги более 80, 90, 95 или 100% принятых доз. Кроме того, применяли разные методы оценки: самоотчет, подсчет доз, анализ медицинских данных [7–9].

Барьеры приверженности беременных с ВИЧ-инфекцией можно разделить на несколько групп. Первая группа связана с заболеванием и лечением: недостаток знаний о ВИЧ и АРТ, страх влияния препаратов на плод, стигматизация и опасение раскрытия ВИЧ-статуса. Вторая группа касается жизненной ситуации женщины и ее семьи: финансовые трудности, зависимость от психоактивных веществ, нестабильные отношения, поздняя постановка на учет по беременности. Третья группа относится к особенностям медицинской помощи: труднодоступность специализированного сопровождения и низкое качество коммуникации с персоналом [7, 9–12].

Существенным фактором, влияющим на приверженность лечению, оказывается время установления диагноза. Женщины, знавшие о своем ВИЧ-статусе до беременности, чаще демонстрируют более высокую приверженность, чем женщины, узнавшие о диагнозе уже в период вынашивания ребенка. Запланированная беременность и ориентация на здоровье будущего

ребенка также выступают факторами, повышающими вероятность соблюдения АРТ. Напротив, хронический стресс и депрессивная симптоматика могут формировать «порочный круг»: ухудшение психического состояния снижает регулярность лечения, а прогрессирование заболевания усиливает психологическое неблагополучие [7, 10, 12].

Сахарный диабет, гестационный сахарный диабет и приверженность диете и терапии на фоне беременности

Гестационный сахарный диабет и сахарный диабет, развившийся до беременности, требуют от женщины не только приема лекарственных средств, но и изменения образа жизни, соблюдения диеты, регулярного самоконтроля гликемии и взаимодействия с медиками. В этом клиническом контексте приверженность выходит за пределы собственно фармакотерапии и включает повседневную организацию питания и контроля состояния [13–17].

Обзорные данные указывают на вариативность показателей высокой приверженности лечению гестационного сахарного диабета в пределах 35,6–67%. В одном из исследований, включавшем 260 пациенток с гестационным сахарным диабетом, 46,9% женщин были отнесены к приверженным лечению, 35% — к частично приверженным, 18,1% — к неприверженным. Более строгое соблюдение медицинских рекомендаций было связано с меньшей частотой оперативных вмешательств в родах и меньшей потребностью в назначении инсулина [13–15, 17].

Барьерами в отношении выполнения рекомендаций при сахарном диабете и гестационном сахарном диабете являются ухудшение самочувствия, побочные эффекты лекарств, «неожиданность» диагноза, необходимость резкого изменения привычного образа жизни, низкий уровень информированности и образования. Для диетических рекомендаций значимыми оказываются финансовые ограничения, особенности пищевого поведения женщины, высокий порог насыщения, отсутствие поддержки семьи и трудности включения новой диеты в повседневную жизнь [13, 14, 16–18].

Важный модератор приверженности — способ лечения. Пероральная терапия может восприниматься как более удобная и приемлемая, тогда как инсулинотерапия требует большей

дисциплины, обучения, регулярного мониторинга уровня глюкозы и готовности к инъекционному лечению, поэтому приверженность при гестационном сахарном диабете зависит не только от медицинской эффективности назначений, но и от субъективной переносимости режима лечения женщиной [16, 17, 19].

Конструктивным мотивом соблюдения диеты и терапии чаще выступает забота о благополучии ребенка. Дополнительными факторами могут быть стремление улучшить собственное здоровье и снизить риск развития сахарного диабета у ребенка в будущем. Положительная обратная связь от врача, видимые результаты самоконтроля и поддержка ближайшего окружения усиливают вероятность устойчивого соблюдения рекомендаций [16, 18, 20].

Железодефицитная анемия и приверженность профилактическим назначениям

Железодефицитная анемия относится к распространенным осложнениям беременности, при этом приверженность профилактике и лечению дефицита железа часто оказывается недостаточной. В отличие от ситуаций с очевидным субъективным ухудшением состояния, профилактический прием железосодержащих препаратов и пищевых добавок может восприниматься женщиной как менее значимый или менее срочный [21–24]. В анализируемых публикациях указывалось, что общая приверженность мерам профилактики железодефицитной анемии среди беременных варьировала приблизительно от 31,2 до 60%. При этом низкая информированность о причинах, последствиях и профилактике анемии выступает одним из ключевых факторов риска неприверженности [21–23].

Детерминантами приверженности приему железосодержащих препаратов являются уровень образования, возраст, условия проживания, срок первой консультации врача и регулярность дородового наблюдения. Среди основных барьеров выделяют позднюю постановку на учет, ограниченную доступность специализированной помощи и препаратов, желудочно-кишечные побочные эффекты и забывчивость. Следовательно, для беременных женщин с данным клиническим состоянием особенно важны не только образовательные интервенции, но и организационная доступность профилактики [21–24].

Артериальная гипертензия, профилактика преэклампсии и самостоятельный мониторинг артериального давления во время беременности

Артериальная гипертензия и ассоциированные с ней состояния беременности представляют серьезную угрозу для матери, плода и новорожденного. Для этого вида патологии приверженность включает несколько разных форм поведения. Это прием антигипертензивных препаратов, профилактические назначения, самостоятельный мониторинг артериального давления и готовность менять повседневный образ жизни [25–29]. Анализируемые исследования фиксировали значительную вариативность показателей приверженности лечению артериальной гипертензии у беременных женщин — от 8 до 88%. Такая широта диапазона во многом объясняется неоднородностью критериев и методов оценки. В одних исследованиях учитывали долю дней самостоятельного мониторинга артериального давления, в других — соотношение назначенных и принятых доз, в-третьих — лабораторные и клинические показатели [25, 28, 29].

К барьерам приверженности антигипертензивной терапии относятся недостаточная информированность будущих матерей о заболевании и его последствиях, низкий уровень знаний о профилактике осложнений, психологическая неготовность к длительному регулярному приему препаратов, трудности ежедневного самостоятельного мониторинга и психологическое сопротивление изменениям привычного образа жизни [26, 27, 29].

Интересным является наблюдение, что приверженность самостоятельному мониторингу может быть не только недостаточной, но и чрезмерной. В анализируемых материалах описана связь разных уровней самоконтроля с тревогой, депрессией, переживанием беспомощности, избеганием, недоверием врачу и перфекционизмом. С практической точки зрения задача специалиста состоит не в механическом повышении количества измерений, а в формировании адекватного, устойчивого и клинически оправданного режима контроля [25, 28].

Эпилепсия и противосудорожная терапия

Эпилепсия — одна из наиболее значимых неврологических проблем в период беременности, поскольку неконтролируемые приступы опасны

как для женщины, так и для плода, а часть противосудорожных препаратов ассоциирована с рисками для внутриутробного развития. В результате женщина оказывается в ситуации сложного баланса между рисками заболевания и рисками терапии [30]. По данным анализируемых исследований, неполное соблюдение режима и доз противосудорожных препаратов отмечено у 62,3% беременных с эпилепсией, а в другом исследовании показатели плохой приверженности составляли 58,9%. В одной из работ при анализе волос женщин, принимавших противосудорожные препараты, выявлено снижение концентрации препарата в более проксимальных сегментах, что интерпретировали как изменение схемы приема или самопроизвольную отмену терапии [30]. Для этой категории беременных ключевым барьером приверженности выступает не только забывчивость, но и некоторая амбивалентность. Женщина одновременно понимает необходимость контроля приступов и опасается вреда лекарств для ребенка. Это делает критически важным индивидуальное консультирование с ясным обсуждением сравнительных рисков — риска неконтролируемых приступов и риска лекарственной терапии [3, 30].

Психотерапия и психофармакотерапия в период беременности

Приверженность лечению депрессии, тревожных расстройств и других психических нарушений в период беременности является одной из наиболее сложных областей. Клиническая задача состоит в балансе между рисками нелеченого психического расстройства и опасениями женщины относительно потенциального влияния психофармакотерапии на плод [5, 6, 31, 32]. В анализируемых публикациях приведены данные о низкой приверженности психофармакотерапии. Особенно низкие показатели отмечены для противотревожных препаратов, терапии антидепрессантами и лечения других психических расстройств. Женщины, получавшие психотропную полихимиотерапию, напротив, могли демонстрировать более высокую приверженность, вероятно, вследствие большей тяжести состояния и лучшего осознания необходимости лечения [6, 32].

В исследовании S. Kornfield и соавт. было показано, что значительная часть женщин прекращает прием психотропных препаратов после I триместра, а часть прекращает и психотерапию.

При этом опыт регулярной психотерапии до беременности снижал вероятность отказа от нее в период вынашивания ребенка. Психотерапия во время беременности также могла повышать уровень приверженности фармакотерапии, вероятно, за счет лучшего понимания заболевания, снижения тревоги и большей включенности в процесс лечения [31].

Центральным психологическим барьером приверженности пациенток данной категории служит страх навредить ребенку. Женщина может одновременно признавать пользу лечения и испытывать выраженную тревогу или чувство вины из-за приема препаратов. Такая амбивалентность ведет не только к открытому отказу, но и к скрытой неприверженности: нерегулярному приему, снижению дозы без согласования с врачом или позднему обращению за помощью. Положительное влияние оказывают доверительные отношения с врачом, опыт рецидивов без терапии и понятное обсуждение соотношения рисков лечения и рисков отказа от него [5, 6, 31].

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют, что приверженность лечению в период беременности не является универсальным и однородным феноменом. Клинический контекст определяет и конкретные формы неприверженности, и психологический смысл медицинских рекомендаций. При ВИЧ-инфекции ключевым становится сочетание стигмы, доступности помощи и мотивации профилактики вертикальной передачи, при

гестационном сахарном диабете — принятие диагноза и способность перестроить повседневный образ жизни. При железодефицитной анемии на первый план выходят профилактическая мотивация и переносимость препаратов. При гипертензивных состояниях важны адекватный самоконтроль и доверие к врачу. При эпилепсии и психофармакотерапии решающей становится работа с амбивалентностью и страхом вреда для плода [7–10, 16, 21, 25–30]. Анализ зарубежных исследований позволил сопоставить и обобщить характеристики особенностей приверженности лечению и медицинским рекомендациям беременных с различными видами патологии (табл. 1).

Принципиально важно, что забота о ребенке не всегда автоматически повышает приверженность медицинским рекомендациям будущей матери. Если женщина воспринимает лечение как защиту плода, мотивация к соблюдению назначений усиливается. Если же лечение воспринимается как источник угрозы, та же самая забота может приводить к отказу от терапии. В связи с этим простого информирования о необходимости лечения часто недостаточно, требуется объяснение пациентке соотношения рисков, обсуждение субъективных опасений и формирование доверительного контакта с врачом [2, 3, 5, 6].

Отдельного внимания заслуживает проблема скрытой неприверженности. Беременная женщина может внешне соглашаться с назначениями, но самостоятельно снижать дозу, пропускать приемы, прекращать терапию или выполнять мониторинг нерегулярно. Такая форма

Таблица 1. Сводные характеристики особенностей приверженности лечению и медицинским рекомендациям беременных с различными видами патологии

Table 1. Summary characteristics of treatment adherence and adherence to medical recommendations in pregnant women with various types of pathology

Заболевание или клиническое состояние Disease or clinical condition	Ключевые формы неприверженности Key forms of non-adherence	Ведущие барьеры приверженности Leading barriers to adherence	Факторы повышения приверженности Factors improving adherence
ВИЧ-инфекция HIV infection [7–12]	Пропуски АРТ; позднее начало или нерегулярный прием лекарств в рамках терапии Missed ART doses; late initiation or irregular medication intake	Стигма, страх раскрытия статуса, недостаток знаний, депрессия, стресс, трудно-доступность помощи Stigma, fear of status disclosure, lack of knowledge, depression, stress, limited access to care	Осведомленность о ВИЧ-статусе до беременности, запланированность беременности, мотивация защиты ребенка, поддержка семьи Awareness of HIV status before pregnancy, planned pregnancy, motivation to protect the child, family support

Окончание табл. 1 / Table 1 (continued)

Заболевание или клиническое состояние Disease or clinical condition	Ключевые формы непериверженности Key forms of non-adherence	Ведущие барьеры приверженности Leading barriers to adherence	Факторы повышения приверженности Factors improving adherence
Гестационный сахарный диабет, сахарный диабет Gestational diabetes mellitus, diabetes mellitus [13–19]	Нерегулярный прием препаратов; несоблюдение диеты; слабый самоконтроль гликемии Irregular medication intake; dietary non-adherence; poor glycemic self-monitoring	Неожиданность диагноза, побочные эффекты, изменение образа жизни, финансовые ограничения, особенности пищевого поведения Unexpected diagnosis, side effects, lifestyle changes, financial constraints, eating behavior patterns	Обучение, обратная связь врача, поддержка семьи, понимание пользы для ребенка, приемлемость метода терапии Patient education, physician feedback, family support, understanding benefits for the child, acceptability of therapy
Железодefицитная анемия Iron deficiency anaemia [21–24]	Пропуски приема железа; отказ из-за побочных эффектов Missed iron doses; refusal due to side effects	Низкая информированность, поздняя постановка на учет, недоступность препаратов, побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, забывчивость Low awareness, late registration for prenatal care, drug unavailability, gastrointestinal side effects, forgetfulness	Раннее дородовое наблюдение, регулярные консультации, доступность препаратов, объяснение профилактической пользы Early antenatal care, regular consultations, drug availability, explanation of preventive benefits
Артериальная гипертензия; риск преэклампсии Arterial hypertension; risk of preeclampsia [25–29]	Нерегулярный прием препаратов; нерегулярный или чрезмерный СМАД Irregular medication intake; irregular or excessive SMBP	Недостаток знаний о рисках, трудность ежедневного контроля, психологическая неготовность к терапии, недоверие к врачу Lack of knowledge about risks, difficulty of daily monitoring, psychological unpreparedness for therapy, distrust of physician	Понятный режим мониторинга, обсуждение рисков, формирование адекватного контроля Clear monitoring regimen, discussion of risks, establishing adequate control
Эпилепсия Epilepsy [30]	Самовольное изменение дозы; отмена противосудорожной терапии Self-adjustment of dosage; discontinuation of anticonvulsant therapy	Страх тератогенного риска, амбивалентность, сложность оценки рисков приступов и терапии Fear of teratogenic risk, ambivalence, difficulty assessing risks of seizures vs. therapy	Индивидуальное консультирование, ясное сравнение рисков лечения и отказа Individual counseling, clear comparison of treatment vs. non-treatment risks
Психические расстройства Psychiatric disorders [5, 6, 31, 32]	Отказ или прекращение психофармакотерапии; прекращение психотерапии; скрытая непериверженность Refusal or discontinuation of psychopharmacotherapy; discontinuation of psychotherapy; covert non-adherence	Страх вреда для плода, вина, амбивалентность, депрессия, недостаток доверия Fear of harm to the fetus, guilt, ambivalence, depression, lack of trust	Доверительный контакт с врачом, психообразование, опыт предшествующего лечения, интеграция психотерапии и фармакотерапии Trusting relationship with physician, psychoeducation, prior treatment experience, integration of psychotherapy and pharmacotherapy

Примечание: АРТ — антиретровирусная терапия; СМАД — самостоятельный мониторинг артериального давления.**Note:** ART — antiretroviral therapy; SMBP — self-monitoring of blood pressure.

Таблица составлена авторами

The table is prepared by the authors

поведения особенно вероятна при страхе осуждения, чувстве вины, стигматизации или недоверии врачу. Следовательно, оценка приверженности должна включать не только прямые вопросы о выполнении назначений, но и обсуждение сомнений, страхов, трудностей повседневного режима и семейного контекста [5, 6, 9, 10, 31]. Решение проблемы скрытой неприверженности также лежит в области психодиагностики этого явления с использованием специализированных методов.

Практический вывод состоит в необходимости разработки дифференцированных медико-психологических программ повышения приверженности лечению беременных. Традиционная и универсальная стратегия разъяснения важности лечения для данной категории пациенток оказывается слишком слабой и малоэффективной. При ВИЧ-инфекции необходимы антистигматизационные и поддерживающие стратегии консультирования; при сахарном диабете, в том числе гестационном, — обучение, коррекция пищевого поведения и усиление семейной поддержки; при анемии — раннее консультирование и контроль побочных эффектов; при гипертензивных состояниях — формирование адекватного режима самоконтроля; при эпилепсии и психических расстройствах — совместное принятие решений о терапии и психологическая работа с амбивалентностью [5, 9, 10, 16, 21, 22, 25–27].

ОГРАНИЧЕНИЯ

Данный обзор подготовлен как вторичный тематический анализ исходного массива публикаций, а не как первичный систематический обзор с повторной верификацией всех источников. В исходных исследованиях использовались разные определения и методы оценки приверженности, что ограничивает прямое сопоставление числовых показателей между клиническими группами. Также часть данных относится к странам с различной организацией медицинской помощи и неодинаковым уровнем доступности лечения, поэтому выводы требуют осторожного переноса на российскую клиническую практику и последующей эмпирической проверки в отечественных выборках. При этом результаты обзора важны для понимания клинко-специфичных факторов, влияющих на приверженность лечению и медицинским рекомендациям во время беременности.

ВЫВОДЫ

1. Приверженность лечению беременных определяется не только медицинскими характеристиками заболевания, но и субъективной оценкой риска и пользы лечения для матери и ребенка.

2. У беременных с различными видами патологии развиваются разные формы неприверженности: пропуски АРТ, несоблюдение диеты и самоконтроля при гестационном сахарном диабете, нерегулярный прием препаратов железа, трудности самостоятельного мониторинга артериального давления, самовольная отмена противосудорожной терапии, отказ от психофармакотерапии или психотерапии.

3. Сквозными психологическими барьерами приверженности во время беременности являются страх вреда для плода, тревога, депрессия, хронический стресс, низкая самоэффективность, амбивалентность, стигматизация и недостаточное доверие к врачу.

4. Повышение приверженности лечению в период беременности требует не универсальных информационных материалов, а дифференцированных медико-психологических программ, учитывающих заболевание, форму лечения, семейный контекст и представления женщины о безопасности терапии для нее и ее будущего ребенка.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. М.А. Коргожа — концепция, дизайн исследования; А.О. Евмененко, С.М. Музыченко — обработка данных и написание текста.

Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions. M.A. Korgozha — study concept and design; A.O. Evmenenko, S.M. Muzychenko — data processing and writing.

All authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Generative AI. No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- De Korte B.A.C., Smeets N.J.L., Colbers A., van den Bemt B.J.F., van Gelder M.M.H.J. Adherence to prescription medication during pregnancy: Do pregnant women use pharmacological treatment as prescribed? *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2023;89(5):1521–1531. <https://doi.org/10.1111/bcp.15609>.
- Lupattelli A., Picinardi M., Einarson A., Nordeng H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling*. 2014;96(2):171–178.
- Matsui D. Adherence with drug therapy in pregnancy. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:796590. <https://doi.org/10.1155/2012/796590>.
- Romero-Barranca J., Garcia-Cabrera E., Román E., Quintero-Flórez A., Luque-Romero L.G., Vilches-Arenas Á. Influential social determinants of adherence to preventive and health promotion activities during pregnancy and the first year of life: systematic review. *Children*. 2024;11(3):331. <https://doi.org/10.3390/children11030331>.
- Frayne J., Ellies R., Nguyen T. Experiences of decision making about psychotropic medication during pregnancy and breastfeeding in women living with severe mental illness: a qualitative study. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(3):379–387. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01325-0>.
- Lupattelli A., Spigset O., Björnsdóttir I. et al. Patterns and factors associated with low adherence to psychotropic medications during pregnancy: A cross-sectional, multinational web-based study. *Depression and Anxiety*. 2015;32:426–436. <https://doi.org/10.1002/da.22352>.
- Matthews L.T., Yende-Zuma N., Wyatt M., Katz I., Siedner M., Elioda T. et al. Adherence to HIV antiretroviral therapy among pregnant and postpartum women during the Option B+ era: 12-month cohort study in urban South Africa and rural Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(8):e25586. <https://doi.org/10.1002/jia2.25586>.
- Nachega J.B., Uthman O.A., Anderson J., Peltzer K., Wampold S., Cotton M.F. et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middle-income, and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2012;26(16):2039–2052. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328359590f>.
- Omonaiye O., Kusljic S., Nicholson P. Medication adherence in pregnant women with HIV. *BMC Public Health*. 2018;18(1):805. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5735-4>.
- Zahedi-Spung L., Young M., Haddad L.B. Perceived barriers to antepartum HIV medication adherence. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2018;2018:4049212. <https://doi.org/10.1155/2018/4049212>.
- Abebe W., Gebremariam M., Molla M., Teferra S., Wisso L. Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262638. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262638>.
- Alhassan Y., Twimukye A., Malaba T., Myer L., Waitt C., Lamorde M. et al. “I fear my partner will abandon me”: the intersection of late initiation of antenatal care in pregnancy and poor ART adherence among women living with HIV in South Africa and Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):566. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04896-5>.
- Asiedu-Danso M., Kretchy I.A., Sekyi J.K., Koduah A. Adherence to antidiabetic medications among women with gestational diabetes. *J Diabetes Res*. 2021;2021:9941538. <https://doi.org/10.1155/2021/9941538>.
- Borzouei S., Eslahchi M., Esna-Ashari F., Pirdehghan A. Adherence and related factors in pregnant women with gestational diabetes. *Acta Medica Iranica*. 2021;59(9):550–554.
- Chávez García L., Valle Leal J.G., Jiménez Mapula C., Quintero Medrano S.M., López Villegas M.N. Gestational diabetes adherence to treatment and metabolic control. *Revista Medica de Chile*. 2019;147(5):574–578. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000500574>.
- Bener A., Saleh N.M., Al-Hamaq A. Prevalence of Gestational Diabetes and Associated Maternal and Neonatal Complications in a Fast-Developing Community: Global Comparisons. *International Journal of Women's Health*. 2011;3(1):367–373. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S26094>.
- Pigato F., Candido R., Zanette G., Zamagni G., Trojaniak M.P., Brunato B. et al. Gestational diabetes mellitus: Impact of adherence on patient management and maternal-neonatal complications. *Primary Care Dia-*

- betes. 2023;17(5):486–492. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.07.003>.
18. Omidvar S., Faramarzi M., Hajian-Tilaki K., Nasiri Amiri F. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy lifestyle behaviors. *PLoS One*. 2018;13(10):e0191723.
 19. Mukona D.M., Munjanja S.P., Zvinavashe M., Stray-Pederson B. Association between adherence to anti-diabetic therapy and adverse maternal and perinatal outcomes in diabetes in pregnancy. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*. 2018;23(3):70–75.
 20. Jeon S., Kim S., Park S. Psychosocial factors associated with health-promoting behaviors in pregnant women. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1179416. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1179416>.
 21. Mukona D., Munjanja S., Zvinavashe M., Stray-Pederson B. Barriers and facilitators of adherence to anti-diabetic therapy in pregnant women with diabetes. *Journal of Diabetes Mellitus*. 2017;7:160–174.
 22. Balcha W.F., Eteffa T., Arega Tesfu A., Abeje Alemayehu B. Maternal Knowledge of Anemia and Adherence to its Prevention Strategies: A Health Facility-Based Cross-Sectional Study Design. *Inquiry*. 2023;60:00469580231167731. <https://doi.org/10.1177/00469580231167731>.
 23. Gomes F., King S.E., Dallmann D., Golan J., da Silva A.C.F. et al. Interventions to increase adherence to micronutrient supplementation during pregnancy: a systematic review. *Ann NY Acad Sci*. 2021;1493(1):41–58. <https://doi.org/10.1111/nyas.14545>.
 24. Guillaume M., Riquet S., Zakarian C., Comte F. Iron, folic acid, and vitamin D supplementation during pregnancy: patient compliance. *Santé Publique*. 2020;32(2–3):161–170.
 25. Bowen L., Pealing L., Tucker K., McManus R.J., Chappell L.C. Adherence with blood pressure self-monitoring in women with pregnancy hypertension, and comparisons to clinic readings: A secondary analysis of OPTIMUM-BP. *Pregnancy Hypertens*. 2021;25:68–74. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.05.016>.
 26. Helou A., Stewart K., George J. Adherence to anti-hypertensive medication in pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2021;25:230–234.
 27. Olson D.N., Russell T., Ranzini A.C. Assessment of adherence to aspirin for preeclampsia prophylaxis and reasons for nonadherence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*. 2022;4(5):100645. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100663>.
 28. Vandenberg T., Lanssens D., Storms V., Thijs I., Bamelis L., Grieten L. et al. Relationship between adherence to remote monitoring and patient characteristics. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(8):e12574. <https://doi.org/10.2196/12574>.
 29. Webster L.M., Reed K., Myers J.E., Burns A., Gupta P., Patel P. et al. Quantifying adherence to antihypertensive medication for chronic hypertension during pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2019;17:12–14. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2019.05.004>.
 30. Askarieh A., MacBride-Stewart S., Kirby J., Fyfe D., Hassett R., Todd J. et al. Delivery of care, seizure control and medication adherence in women with epilepsy during pregnancy. *Seizure: European Journal of Epilepsy*. 2022;100:24–29.
 31. Kornfield S.L., Kang-Yi C.D., Mandell D.S., Epperson C.N. Predictors and patterns of psychiatric treatment dropout during pregnancy among low-income women. *Matern Child Health J*. 2018;22(2):226–236. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2394-9>.
 32. Tato Fernandes F., de Almeida A.B., Fernandes M., Correia R., Magalhães R., Buchner G. et al. Perinatal depression and mental health uptake referral rate in an obstetric service. *Sci Rep*. 2023;13(1):10987. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33832-6>.

ОБ АВТОРАХ

✉ **Мария Александровна Коргожа** — канд. психол. наук, доц. кафедры клинической психологии.

E-mail: ma.korgozha@gpmu.org;

<https://orcid.org/0000-0001-8422-1772>; SPIN: 1547-7742

Алеся Олеговна Евмененко — старший преподаватель кафедры клинической психологии.

E-mail: oo.evmenenko@gpmu.org;

<https://orcid.org/0000-0003-0048-2196>; SPIN: 1070-5966

Софья Михайловна Музыченко — аспирант кафедры клинической психологии. E-mail: sm.gobanova@gpmu.org; <https://orcid.org/0009-0006-9746-2632>

AUTHORS' INFO

✉ **Maria A. Korgozha** — Cand. Sci. (Psychol. Science), Associate Professor, Dept. of Clinical Psychology.

E-mail: ma.korgozha@gpmu.org;

<https://orcid.org/0000-0001-8422-1772>; SPIN: 1547-7742

Alesya O. Evmenenko — Senior Lecturer, Dept. of Clinical Psychology. E-mail: oo.evmenenko@gpmu.org;

<https://orcid.org/0000-0003-0048-2196>; SPIN: 1070-5966

Sofya M. Muzychenko — Postgraduate Student, Dept. of Clinical Psychology. E-mail: sm.gobanova@gpmu.org; <https://orcid.org/0009-0006-9746-2632>