

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

**Собченко С.А.<sup>1</sup>, Евтюшкина С.Н.<sup>1</sup>, Харитонов М.А.<sup>2</sup>, Казанцев В.А.<sup>2</sup>, Бутко Д.Ю.<sup>3</sup>,  
Черкашин Д.В.<sup>2</sup>, Гришаев С.Л.<sup>2</sup>**

## СТРАТЕГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДОЛГОСРОЧНОМУ КОНТРОЛЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, 194044, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, Санкт-Петербург, Россия

*Рассматривается один из подходов формирования приверженности к долгосрочному лечению больных бронхиальной астмой, основой которого является введение фактора обучения в их терапевтический комплекс. Познавательная стратегия индивидуального, затем группового обучения пациентов в условиях астма-школы способствует пробуждению активности больного на уровне компетентности в отношении ведения своей болезни, партнерства с лечащим врачом. Пациент последовательно приобретает необходимые знания, полезные навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания, переходя от комплаенса к осознанной приверженности лечению. Показаны существенные преимущества долгосрочного лечения бронхиальной астмы, в котором участвуют обученные пациенты.*

Ключевые слова: *бронхиальная астма; уровни контроля; приверженность лечению; обучение пациентов.*

**Для цитирования:** Собченко С.А., Евтюшкина С.Н., Харитонов М.А., Казанцев В.А., Бутко Д.Ю., Черкашин Д.В., Гришаев С.Л. Стратегия формирования приверженности к долгосрочному контролю бронхиальной астмы. *Клиническая медицина*. 2020;98(11–12):772–780. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-772-780>

**Для корреспонденции:** Гришаев Сергей Леонидович — д-р мед. наук, профессор, заместитель начальника кафедры военно-морской терапии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», e-mail: [grishaev\\_med@mail.ru](mailto:grishaev_med@mail.ru)

**Sobchenko S.A.<sup>1</sup>, Evtyushkina S.N.<sup>1</sup>, Kharitonov M.A.<sup>2</sup>, Kazantsev V.A.<sup>2</sup>, Butko D.Yu.<sup>3</sup>,  
Cherkashin D.V.<sup>2</sup>, Grishaev S.L.<sup>2</sup>**

## STRATEGY OF ADHERENCE TO LONG-TERM BRONCHIAL ASTHMA CONTROL FORMATION

<sup>1</sup>North-Western State Medical University named after Mechnikov I.I. of the Ministry of Health of the Russian Federation, 191015, Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Military Medical Academy named after Kirov S.M. of the Ministry of Defense of the Russian Federation, 194044, Saint Petersburg, Russia

<sup>3</sup>Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 194100, Saint Petersburg, Russia

*One of the approaches to the formation of adherence to long-term treatment of patients with bronchial asthma, the basis of which is the introduction of a learning factor into their therapeutic complex, is considered. The cognitive strategy of individual and group education of patients in the Asthma School environment helps to awaken the patient's activity at the level of competence in the management of the illness, and cooperation with the attending physician. The patient consistently acquires the necessary knowledge, useful skills and confidence in the importance of personal participation in the treatment of this disease, moving from compliance to informed adherence to treatment. The significant advantages of long-term treatment of bronchial asthma, in which trained patients are involved, are shown.*

Key words: *bronchial asthma; control levels; adherence to treatment; patient education.*

**For citation:** Sobchenko S.A., Evtyushkina S.N., Kharitonov M.A., Kazantsev V.A., Butko D.Yu., Cherkashin D.V., Grishaev S.L. Strategy of adherence to long-term bronchial asthma control formation. *Klinicheskaya meditsina*. 2020;98(11–12):772–780. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-772-780>

**For correspondence:** Sergei L. Grishaev — MD, professor, deputy head of Department of Naval Therapy of Military Medical Academy named after S.M. Kirov, e-mail: [grishaev\\_med@mail.ru](mailto:grishaev_med@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

### Information about authors

Sobchenko S.A., <http://orcid.org/0000-0002-5582-9735>

Evtyushkina S.N., <http://orcid.org/0000-0001-5829-8696>

Kharitonov M.A., <http://orcid.org/0000-0002-6521-7986>

Kazantsev V.A. <http://orcid.org/0000-0002-1258-3261>

Butko D.Yu., <http://orcid.org/0000-0001-6284-0943>

Cherkashin D.V., <http://orcid.org/0000-0003-1363-6860>

Grishaev S.L., <http://orcid.org/0000-0002-4830-5220>

На рубеже XX–XXI столетий низкая приверженность пациентов к терапии стала декларироваться как одна из самых актуальных проблем современной медицины и общества. В определенной мере это объясняется тем, что последствием отсутствия приверженности к лечению являются снижение выраженности лечебного эффекта на амбулаторно-поликлиническом этапе, существенное повышение вероятности развития осложнений основного заболевания, снижение качества жизни (КЖ) больных и увеличение финансовых затрат на лечение [1–3].

Нельзя не согласиться с исследователями психологии личности Л. Хьеллом и Д. Зинглером [4], которые, размышляя о современном состоянии общества, отметили, что «куда не посмотришь, везде видишь мир, меняющийся с невероятной быстротой, и человеческие привычки, традиции и ценности меняются вместе с ним. Действительно, одна из главных проблем сегодняшнего дня — неуверенность в том, во что верить и как жить». Видимо, это кризисное состояние общества в определенной мере способствует увеличению числа пациентов с низкой приверженностью к лечению. Особенно при хронических заболеваниях, к числу которых относятся и бронхиальная астма (БА), проблема недостаточной приверженности пациентов к лечению имеет особую актуальность, поскольку, по оценкам специалистов, долгосрочная приверженность к любому лечению, независимо от заболевания, не превышает 50% [3].

Несмотря на то что в последние два десятилетия существенно изменились подходы к диагностике, фармакотерапии и ведению пациентов с БА, что нашло отражение в международных и отечественных руководствах по клинической практике, основанных на принципах доказательной медицины, долгосрочное лечение БА остается сложной и до конца не решенной проблемой.

Известно, что БА — это гетерогенное заболевание. В реальной клинической практике используется этиологический принцип оценки заболевания: аллергическая, неаллергическая, смешанная, неуточненная астма (Международная классификация болезней X пересмотра, ВОЗ, 1992 г.). Однако в свете персонифицированного подхода к ее лечению идет активный поиск клинических фенотипов заболевания [5–8]. Независимо от клинико-этиологической формы или фенотипа БА характеризуется: хроническим воспалительным процессом в дыхательных путях, наличием гиперреактивности (универсальный признак БА) и варибельной обратимой обструкцией бронхов [9]. Благодаря особенностям патогенеза, БА отличается своим непостоянством, поскольку персистирующее воспаление воздухоносных путей в разные периоды течения заболевания формирует распространенные, разной степени выраженности обструктивные нарушения, ответственные за ее клинические проявления. БА, являясь хроническим заболеванием, требует не только длительного, в ряде случаев пожизненного приема лекарственных препаратов, но и соблюдения целого ряда врачебных рекомендаций.

На сегодняшний день основной целью терапии признано не излечение БА с учетом особенностей ее патогене-

за, а достижение и поддержание длительного клинического контроля заболевания на реабилитационном этапе [6, 9, 10].

Для достижения контроля БА разработаны и продолжают совершенствоваться фармакологические препараты для базисной и симптоматической терапии, ступенчатая стратегия противовоспалительного медикаментозного лечения, основное место в которой отводится глюкокортикостероидам (ГКС), комбинациям ингаляционных ГКС с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами (ДДБА), а также лейкотриеновым препаратам и бронхолитикам короткого действия (в качестве неотложной терапии).

Современная оценка БА помимо контроля над симптомами заболевания также включает контроль факторов риска развития неблагоприятных исходов (рисков обострений, нежелательных побочных эффектов терапии, развития фиксированной обструкции), поскольку риски неблагоприятных исходов могут сохраняться даже при достижении контроля над симптомами [5, 6].

Контроль симптомов астмы в настоящее время определяется совокупностью отдельных клинически значимых показателей, отражающих эффективность лечения (за последние 4 недели): астматические симптомы в дневное время (более двух раз в неделю), пробуждения в ночное время по причине астмы, применение препаратов неотложной помощи (более двух раз в неделю), ограничение активности по причине астмы. Эксперты GINA (Global Initiative for Asthma) для своевременного принятия решений об изменении текущей терапии, опираясь на выраженность клинической симптоматики, выделяют три уровня контроля БА: контролируемая, частично контролируемая астма, неконтролируемая астма [6, 9].

Неконтролируемая астма предусматривает обязательное увеличение объема базисной терапии для обеспечения текущего контроля. При этом согласно определению неконтролируемое течение астмы в течение недели рассматривается как обострение и требует терапевтических мероприятий для лечения обострения астмы.

Частично контролируемая астма отличается наличием ограниченного числа клинико-функциональных проявлений в течение недели. Терапевтическая тактика при этом уровне контроля не столь категорична. Усиление медикаментозной терапии, как правило, требуется после того, как врач убедился, что ранее назначенное лечение проводилось правильно и в полном объеме.

Контролируемая астма позволяет снижать объем проводимой терапии до минимальных лекарственных доз, а в случае стабильного состояния пациента в течение года сделать попытку полной отмены базисной терапии на какой-либо срок.

В научной медицине и клинической практике применяются специальные валидизированные вопросники, позволяющие определить количественно разные уровни контроля БА. Среди них такие инструменты, как тест по контролю над БА (АСТ) и вопросник по контролю БА (АСQ). Оба вопросника, как свидетельствует клини-

ческий опыт, способны помочь врачу в своевременном определении уровня контроля БА пациента [7, 9].

Итак, казалось бы, сегодня для лечения БА мы имеем арсенал серьезных противоастматических препаратов, возможности клинически и количественно оценивать эффективность проводимой терапии, однако, как свидетельствуют крупные зарубежные и отечественные эпидемиологические исследования, неконтролируемая БА в повседневной клинической практике наблюдается достаточно часто.

В этом контексте интересны опубликованные в 2014 г. результаты опроса около 8 тыс. пациентов из 11 европейских стран (исследования РЕАЛАЙЗ). Оказалось, что в реальной практике около 45% пациентов имели неконтролируемую БА согласно определению GINA [11]. Важно то, что большинство из них (75%) считали свою болезнь несерьезной проблемой, имея в анамнезе за прошедший год обращения за неотложной помощью, необходимость использования пероральных стероидов, ежедневную потребность в бронхолитиках короткого действия, что свидетельствовало о том, что пациенты не были знакомы с понятием «контроль БА». Аналогичная ситуация наблюдается и в нашей стране [12]. Более того, неконтролируемая БА продолжает оставаться причиной смерти. В Великобритании, опираясь на данные исследования NRAD (National Review of Asthma Death), профессор М. Леви проанализировал смертельные исходы от БА с 02.2012 по 01.2013 г. у 195 человек в возрасте от 4 до 97 лет (средний возраст 58 лет). Им установлены причины, способствующие летальному исходу. Среди них наряду с несвоевременным оказанием помощи, неадекватным назначением врачами лекарственных препаратов, неудовлетворительной оценкой контроля симптомов БА как со стороны врачей, так и больных значимое место занимала недостаточная приверженность лечению (46% умерших пациентов не следовали рекомендациям врача) [13].

По мнению экспертов Международной группы по оказанию помощи при респираторных заболеваниях в первичном звене, неудовлетворительный контроль БА объясняется целым рядом причин, но ведущее место среди них отводится низкой приверженности пациентов к лечению [14]. Важный и нередко скрытый вклад в формирование низкой приверженности вносят проблемы с использованием ингалятора [10, 15–17].

Причины низкой приверженности, связанные с пациентом, делят на преднамеренные и непреднамеренные [18–23].

Намеренная «разумная» неприверженность означает, что пациент самовольно принимает решение не следовать рекомендациям врача, прекращает применение препаратов (что связано с гормонофобией, стоимостью препарата, ощущением отсутствия эффекта от лекарства, и, как результат, избыточным использованием препаратов неотложной помощи — бронхолитиков).

Непреднамеренная неприверженность происходит, когда пациент искренне хочет следовать назначенному лечению, но не может сделать этого из-за барьеров, та-

ких как забывчивость, недопонимание назначений врача, сложность дозирования ингаляционных препаратов. Безусловно, разные варианты низкой приверженности могут сочетаться у одного пациента.

Неприверженность пациента с БА к проводимой терапии имеет тесную связь с частотой и тяжестью обострений, госпитализациями по поводу заболевания, обращениями за неотложной помощью, частотой и длительностью приема глюкокортикостероидов [1, 2].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение: «Приверженность — степень поведения человека — принятие лечения, соблюдение диеты и/или выполнение изменений образа жизни, соответствующее согласованное с ним врачебным рекомендациям», призывая при этом разграничивать понятия «приверженность» и «комплаентность» [3]. Дать четкое определение этим понятиям очень сложно, поскольку термины близки по своему содержанию, в связи с чем часто подменяют друг друга в медицине, несмотря на существенные различия [22–24].

Понятие «комплаентность» (англ. patient compliance) означает степень соблюдения больным режима и схемы, как правило, медикаментозного лечения. Отношения врача и пациента по типу «комплаенс» предусматривают простое (пассивное) выполнение пациентом врачебных инструкций.

Однако диапазон вмешательств, используемых при лечении хронических заболеваний, в частности БА, значительно шире предписанных фармацевтических препаратов. Понятие приверженность (adherence), требует не только согласия пациента с врачебными рекомендациями, но и активного его участия в контроле течения заболевания, в частности БА, а также в принятии самостоятельных медицинских решений в ходе его лечения.

Основное различие этих понятий в том, что приверженность требует согласия пациента с рекомендациями врача и процесс лечения рассматривается как сотрудничество и партнерство врача и пациента.

Целью такого сотрудничества является достижение управляемого самоведения БА, то есть контроля самим пациентом собственного состояния под руководством лечащего врача [5, 6, 25]. Необходимым элементом для развития партнерских отношений пациента и врача является обучение пациента [26]. Оно обязательно включает в себя обсуждение всех терапевтических аспектов, как медикаментозных, так и касающихся возможностей самостоятельного контроля эффективности лечения БА, затруднений, возникающих в процессе его, способствуя формированию приверженности к долгосрочному лечению.

Одним из таких подходов к долгосрочному лечению БА является лечение с фактором обучения в условиях нашей школы для больных бронхиальной астмой (астма-школа), которая была организована в 1986 г. при кафедре пульмонологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова для лечения «трудных» больных БА. Одна из главных целей такого подхода — участие пациента в лечебном процессе и активное привлечение его к самостоятельному принятию

медицинских грамотных решений, то есть переход обученного пациента от комплаентности к осознанной приверженности лечению.

Оригинальная методика лечения в условиях астма-школы имеет два взаимосвязанных уровня обучения на фоне долгосрочного наблюдения пациентов. Первый уровень — это индивидуальное «пошаговое» обучение пациента базисным знаниям, полезным навыкам и умениям, которые позволят ему контролировать течение своей астмы и в тесном сотрудничестве с лечащим врачом своевременно проводить коррекцию лечения, приобретая уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Эта методика постоянно совершенствуется по мере появления новых представлений о БА, методов диагностики, лечения и контроля заболевания.

Программа первого уровня обучения ограничена временными рамками: шесть амбулаторных индивидуальных приемов/занятий с частотой один прием в неделю. Однако в зависимости от тяжести БА, особенностей ее течения, индивидуально-личностных особенностей пациента количество приемов или длительность интервалов между терапевтическими приемами могут пересматриваться.

Второй уровень — долгосрочное групповое обучение — направлен на приобретение нашими пациентами, прошедшими индивидуальный курс обучения, опыта лечения своей астмы, совершенствование ими навыков самоконтроля, умений рационально использовать не только медикаментозную терапию, но и общеоздоровительные методики (лечебную физкультуру, массаж и др.). Групповое обучение в отличие от индивидуального курса не ограничено временными рамками, проводится с частотой один амбулаторный прием/занятие в 3–6 мес.

Таким образом, данная программа долгосрочного лечения пациентов БА предусматривает преемственность индивидуального, а затем группового обучения больных.

При проведении индивидуального лечебно-образовательного курса верификация врачом диагноза БА и подбор адекватного терапевтического комплекса для пациента начинают одновременно с его обучением.

Врачу при обучении пациента необходимо:

- придерживаться последовательности в получении пациентом полезных знаний и умений (пошаговое обучение);
- неоднократно возвращаться к трудным, проблематичным для пациента вопросам;
- постоянно контролировать приобретенные пациентом навыки.

Хотелось бы остановиться на нескольких инструментах, без которых данная образовательная программа не может быть реализована. В первую очередь это астма-дневник — рабочая книга (план лечения/обучения) пациента.

Врач на первом приеме заносит в графы следующие данные: суточную потребность (количество доз) пациента в симпатомиметиках короткого действия, назначенные им лекарственные средства, опираясь на жалобы

при опросе, ведущие астматические симптомы конкретного пациента, факторы риска (триггеры) развития заболевания, выявленные у него при сборе анамнеза, данные пикфлоуметрии (рис. 1).

Пациент в дальнейшем самостоятельно должен ежедневно заполнять эти графы, чтобы освоить навыки ведения своей астмы и почувствовать необходимость своего участия в процессе лечения.

Астма-дневник также содержит письменные инструкции по правильному пользованию ингалятором с дозированным аэрозолем и сухим порошком, технике пикфлоуметрии, системе цветových зон.

Отдавая должное клиническому обследованию в возможности выявления бронхиальной обструкции, необходимо помнить, что порой субъективная клиническая оценка может быть неточной, а недооценка тяжести заболевания как врачом, так и больным астмой зачастую является основным барьером, обуславливающим задержку начала адекватного лечения. Как свидетельствует опыт зарубежных исследователей [27–29] и наш многолетний опыт наблюдения больных БА в условиях астма-школы, регулярное применение пикфлоуметрии является ключевым моментом в обучении пациентов самостоятельному ведению своего заболевания под управлением лечащего врача [23, 26]. Целью обучения пациента пикфлоуметрии является расширение возможностей контроля течения его астмы (самоконтроля) и стимуляция его усилий к приверженности лечению. В настоящее время общепризнано, что регулярное применение пикфлоуметрии особенно информативно при диагностике и лечении заболеваний, связанных с обратимой обструкцией дыхательных путей и, прежде всего, БА [30].

Наличие у пациента единственно доступной объективной оценки функции легких с помощью домашнего пикфлоумониторинга чрезвычайно повышает эффективность лечения БА [29]. Кроме того, введение в комплекс самоконтроля больных домашнего пикфлоумониторинга дает возможность больным убедиться в том, что базисная глюкокортикостероидная терапия позволяет не только достичь более высокого уровня контроля его астмы, уменьшения потребления лекарств, но и избегать тяжелых обострений. Тем самым убирая у них один из распространенных факторов низкой приверженности к лечению — гормонофобию.

Высокие суточные колебания пиковой скорости форсированного выдоха (ПСФВ) (утро–вечер) являются косвенным показателем гиперреактивности бронхиального дерева. Индекс суточной вариабельности, не превышающий 20%, свидетельствует о хорошем контроле заболевания. Увеличение индекса суточной вариабельности до 30% и выше свидетельствует о повышенном риске тяжелых астматических приступов [30].

Безусловно, пикфлоуметрия не заменяет периодического глубокого исследования легочной функции, но остается не просто полезной, а незаменимой в оценке и мониторинге изменений в дыхательных путях как в домашних условиях, так и в стационаре.

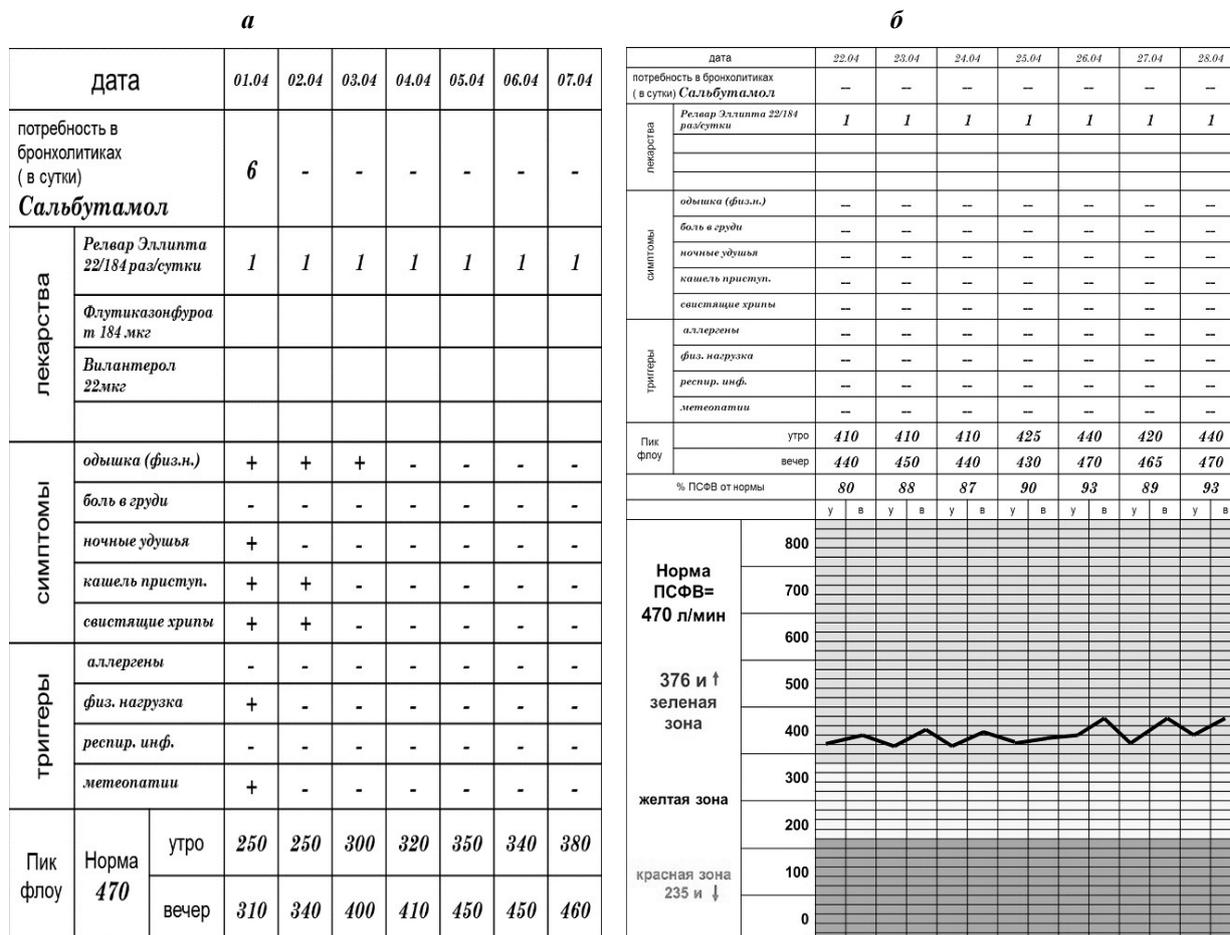


Рис. 1. Пример ведения астма-дневника (а — первая неделя обучения; б — шестая неделя обучения)

Однако в реальной клинической практике пикфлоуметрия имеет ограниченное распространение, что трудно объяснить в свете современных рекомендаций по ведению пациентов с БА.

При обучении пациентов самостоятельной оценке уровня контроля БА особое место отводится зональной оценке, которая в соответствии с международными рекомендациями представлена [31] цветами светофора: зеленым — «астма под контролем», желтым — «внимание», красным — «тревога» (табл. 1).

Внимание больного обращается на то, что определенные зоны светофора (зеленой, желтой, красной) должно

вестись с учетом комплекса клинико-функциональных признаков наступающего ухудшения или улучшения течения его БА, а именно выраженности астматических симптомов, суточной потребности в препаратах неотложной помощи, влиянии заболевания на снижении активности пациента и данных пикфлоуметрии. И по мере перехода пациента из одной зоны в другую должна меняться базисная медикаментозная терапия (объем, форма применения, режим), однако снижение объема базисного лечения возможно только в случае сохранения положительных результатов в течение нескольких дней, недель, а иногда и месяцев.

Таблица 1

Оценка тяжести течения БА пациента по цветовым зонам

Зоны светофора (уровни контроля)	Признаки
Зеленая (астма контролируемая)	Астма под контролем. ПСФВ* 80–100%, суточный размах не более 20%. Базисная терапия минимальная поддерживающая или отсутствует, эпизодически профилактическая терапия
Желтая (частично контролируемая астма)	Внимание: астма вышла из-под контроля. ПСФВ 80–60%, суточный размах ПСФВ 20–30%. Базисная терапия выше минимальной поддерживающей дозы. Возможно увеличение терапии для достижения контроля астмы
Красная (неконтролируемая астма)	Тревога: астма не контролируется. ПСФВ 60% и меньше, суточный размах ПСФВ 20–30%. Максимальная базисная терапия (основной противовоспалительный препарат из аптечки скорой помощи)

\*ПСФВ — пиковая скорость форсированного выдоха, полученная методом пикфлоуметрии.

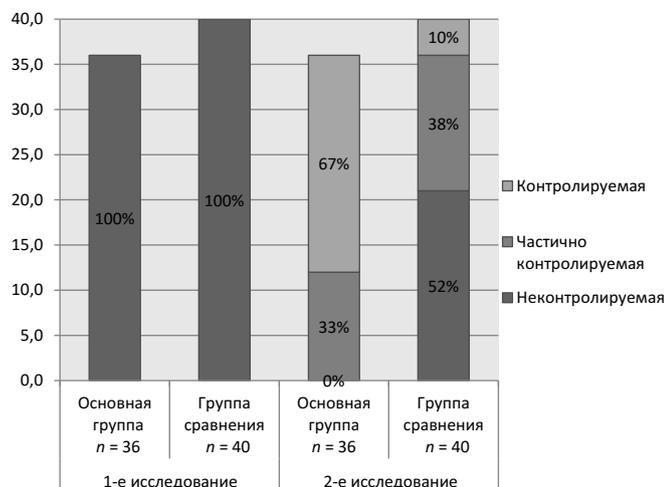


Рис. 2. Уровень контроля БА пациентов основной и сравнительной групп (динамическое наблюдение)

По мере накопления пациентами опыта самостоятельной зональной оценки своего состояния оказалось, что чаще пациенты находились в переходных между «зонами» состояниях. Знание пациентом зон «светофора» позволяет оптимизировать его общение с врачом и другими пациентами на групповых занятиях.

Совместный с врачом анализ астматической симптоматики, данных пикфлоуметрии, зональной оценки на фоне проводимой терапии позволяет пациенту лучше понять особенности своей астмы, оценить необходимость медикаментозного лечения. Такое сотрудничество усиливает приверженность пациентов к рекомендациям лечащего врача. Пациенты приобретают не только опыт регулярного контроля заболевания, но и умение гибко пользоваться своим терапевтическим комплексом.

Следует отметить, что по результатам опросов пациентов, прошедших курс индивидуального обучения, наибольшее сопротивление в предложенном врачом лечении вызывали такие факторы, влияющие на приверженность, как необходимость приема ингаляционных ГКС (44%), ведение астма-дневника (36%), необходимость изменений в быту (24%).

Только после прохождения индивидуального курса обучения пациенту предлагается принять участие в групповом лечении. При этом он информируется о праве посещать группу в зависимости от имеющихся у него возможностей и необходимости.

По своей сути долгосрочное групповое лечение является реабилитационно-диспансерным, поскольку оно направлено на приобретение пациентами опыта лечения своей астмы (ориентированного на достижение контроля заболевания), развитие у них навыков самостоятельного наблюдения за течением заболевания, получение информации о новых лекарственных препаратах, о современных устройствах доставки лекарственных средств, умение рационально использовать общеоздоровительные методики, обеспечение регулярного врачебного контроля, включая тестирование (АСТ), при необходимости — физикальное обследование, спирометрию.

Групповые занятия являются обязательными в данной методике лечения пациентов с БА для формирования осознанной приверженности к лечению, чему, безусловно, способствует групповой опыт.

Рекомендуется проведение групповых занятий врачом, наблюдавшим этих пациентов на индивидуальных приемах. Это повышает ответственность врача за проводимую программу лечения и, конечно, значительно экономит его время, поскольку он знает особенности БА пациентов, а также трудности, имевшие место с ними на индивидуальных занятиях.

Пациенты назвали групповые занятия «круглым столом», поскольку за время занятия каждый из них обязательно вовлекается в терапевтический процесс. Поочередно пациенты сообщают о течении своей БА за прошедшее время, проводят совместно с врачом анализ графиков домашней пикфлоуметрии или данных контрольной карточки, делятся проблемами, возникшими в процессе самоконтроля за течением астмы, демонстрируют те или другие навыки (технику ингаляций, расчеты данных пикфлоуметрии, элементы дыхательной гимнастики, зональную оценку своего состояния). Остальные члены группы наблюдают за терапевтическим процессом и задают вопросы «работающему» больному, комментируя различные аспекты его самолечения. Таким образом, все участники занятий вовлекаются в групповую работу.

Потенциальное преимущество условий группы — это возможность получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы или переживания с конкретным участником группы [26].

Групповые занятия предоставляют нашим пациентам возможность общаться со своими «собратьями по несчастью», обсуждать проблемы, связанные с астмой, по мере возможности решать их с помощью врача и друг друга, что недостижимо на индивидуальных приемах/занятиях. Все это приводит к существенному улучшению КЖ пациента.

Задачей лечащего врача на групповых занятиях является обеспечение надежной продуктивной атмосферы, благоприятствующей «раскрытию» пациентов. Врачу приходится на протяжении всего времени работы с группами варьировать свой стиль руководства в соответствии с ситуацией и групповыми нуждами. Ему необходимо постоянно оценивать состав, знания и умения группы, возникающие проблемы больных. Таким образом, активное участие и содействие врача помогает пациентам почувствовать уважение и заботу и, безусловно, способствует росту профессионализма самого врача.

### Результаты собственного исследования

С целью оценки эффективности долгосрочного лечения с разными подходами к его организации нами было проведено проспективное когортное исследование [32]. В нем участвовали 76 пациентов с неконтролируемой БА (51 женщина, 25 мужчин), средний возраст которых составил  $51,1 \pm 1,7$  года. Из них в основную группу вошли 36 пациентов, давших согласие на лечение в условиях астма-школы. Группу сравнения составили 40 пациен-

тов, которые отказались от лечения с обучением и в дальнейшем получали лечение в условиях поликлиник (наблюдались участковыми терапевтами и пульмонологами по месту жительства). Группы не имели отличий по полу, возрасту пациентов на момент обследования, возрасту начала заболевания и длительности течения БА. Основные клинико-этиологические формы БА наблюдались в обеих группах пациентов с одинаковой частотой: БА с ведущим аллергическим механизмом 50 и 67,5%, неаллергическая 50 и 32,5% соответственно.

Всем 76 пациентам было проведено динамическое комплексное клиническое, функциональное обследование (спирометрия с бронхолитической пробой, пикфлоуметрия), изучение показателей КЖ с помощью специализированного вопросника Святого Георгия (SGRQ), первое — на момент включения их в исследование, повторное — после полутора лет (78 нед.) наблюдения. Пациенты в течение этого периода наблюдения получали одинаковую стандартную терапию согласно современным отечественным и международным рекомендациям.

К началу первого исследования все пациенты имели неконтролируемую астму. Сравнительный динамический анализ показал, что на заключительном этапе исследования (через 1,5 года) наблюдалось достоверное различие в структуре уровней контроля пациентов основной и сравнительной групп.

Как видно на рис. 2, к моменту второго исследования через 78 нед. у 67% ( $n = 24$ ) пациентов основной группы отмечалось контролируемое и у 33% ( $n = 12$ ) — частично контролируемое течение БА. Важно отметить, что случаев неконтролируемого течения в этой группе не наблюдалось. Иная картина отмечалась у пациентов группы сравнения: в 52% случаев ( $n = 21$ ) регистрировалось неконтролируемое течение, у 38% пациентов ( $n = 15$ ) — частично контролируемая БА и только 10% больных ( $n = 4$ ) достигли контроля над заболеванием. Имелась тесная прямая корреляционная связь между фактором обучения с уровнем контроля БА ( $r = 0,92, p < 0,05$ )

Таким образом, долгосрочное лечение с применением образовательных программ позволило пациентам основной группы существенно увеличить уровень контроля БА (2/3 обследуемых достигли контроля БА) по сравнению с пациентами, наблюдавшимися у врачей в амбулаторной сети, что подчеркивает эффективность приобретенных знаний, навыков и умений пациентов в астма-школе.

Несомненный интерес представляют результаты динамического исследования КЖ у обследуемых пациентов. Оценку КЖ согласно вопроснику SGRQ проводили по 100-балльной шкале (чем выше значение показателя, тем сильнее влияние болезни). Опросу подлежали две группы респондентов общей численностью 76 человек.

В стартовом исследовании у пациентов обеих групп обнаружен низкий уровень КЖ (высокие показатели всех шкал опросника) (табл. 2).

Достоверные групповые различия ( $47,2 \pm 3,0$  баллов против  $38,6 \pm 2,8$  баллов,  $p < 0,05$ ) найдены только в показателях шкалы «Влияние». Поскольку эта шкала отра-

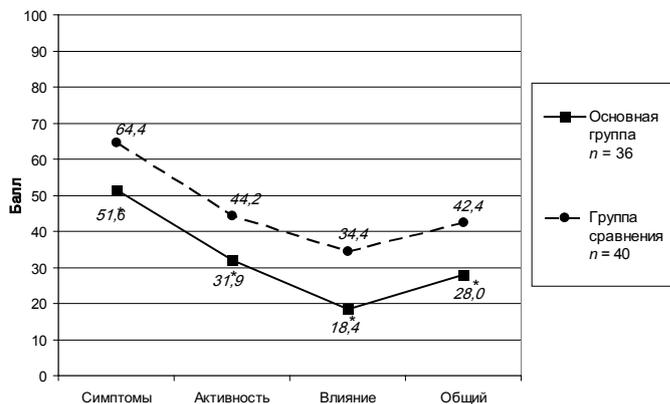


Рис. 3. Оценка качества жизни пациентов с бронхиальной астмой основной и сравнительной групп на момент второго исследования ( $M \pm m$ ):

\* — различия достоверны между показателями КЖ пациентов основной и сравнительной групп при втором исследовании по U-критерию Вилкоксона–Манна–Уитни,  $p < 0,05$

жает не только влияние болезни на повседневную жизнь пациента, социальное функционирование, но и оценку пациентом собственного лечения, то более высокие показатели этой шкалы у пациентов основной группы в определенной мере могут объяснить их желание наблюдаться в условиях астма-школы.

Сравнительный межгрупповой анализ данных повторного исследования представлен графически (рис. 3). Он обнаружил достоверные различия между показателями респондентов исследуемых групп по всем шкалам опросника.

Полученные данные свидетельствуют о том, что образованные пациенты (основная группа), овладевшие навыками самоведения своей астмы, легче переносят свое заболевание, чем пациенты сравнительной группы, получающие современное медикаментозное лечение без обучения. Показатели КЖ этой группы существенно не изменились по сравнению с исходными, хотя и отмечалась тенденция к их снижению. Эти данные согласуются с результатами, полученными другими исследователями [4, 18], отмечающими, что среди обученных пациентов с БА резко повышается уровень медико-со-

Таблица 2

Оценка качества жизни пациентов с бронхиальной астмой основной и сравнительной групп (первое исследование) ( $M \pm m$ )

Показатель	1-е исследование	
	основная группа, $n = 36$	группа сравнения, $n = 40$
Симптомы, балл	$79,7 \pm 3,0$	$71,5 \pm 3,3$
Активность, балл	$54,8 \pm 3,2$	$49,5 \pm 3,6$
Влияние, балл	$47,2 \pm 3,0$	$38,6 \pm 2,8^{p1}$
Общий показатель, балл	$54,8 \pm 2,7$	$47,3 \pm 2,8$

Примечание:  $p^1$  различия достоверны между основной и сравнительной группами при первом исследовании по U-критерию Вилкоксона–Манна–Уитни,  $p < 0,05$ .

циальной активности, уменьшается число и объем функциональных ограничений профессиональной и бытовой деятельности.

Анализ анамнестических данных и данных использования ресурсов здравоохранения (за период наблюдения) пациентами сравниваемых групп обнаружил существенные преимущества долгосрочного лечения, в котором наряду с врачом активное участие принимали обученные им пациенты.

Пациентов основной группы отличало от пациентов сравнительной группы резкое сокращение (на одного пациента) частоты обострений, требующих усиления терапии, в 2,1 раза; обращений за неотложной помощью — в 45 раз, потребности в госпитализации — в 14 раз, а также отсутствие необходимости в интенсивной терапии.

В определенной мере результаты данного исследования свидетельствуют не только о клинической, но и об экономической эффективности долгосрочного лечения астмы в условиях астма-школы. И, что особенно важно, оценка изменений вышеуказанных параметров эффективности лечения свидетельствует о результативности воздействия на приверженность к лечению у пациентов астма-школы. Когнитивная (познавательная) стратегия лечения пациента в условиях астма-школы позволяет перейти от комплаентности пациента к его осознанной приверженности терапии, и в результате — к повышению его качества жизни.

## Заключение

Опыт многолетней работы школы для больных бронхиальной астмой показал, что формирование у пациентов приверженности к долгосрочному соблюдению врачебных рекомендаций возможно только при клинико-образовательном подходе к их ведению. Приобретенные знания о своей астме, навыки и умения, необходимые для самостоятельного контроля БА, помогают пациенту с помощью врача преодолеть целый ряд барьеров, являющихся препятствием для их приверженности к терапии. К настоящему времени существует множество исследований, посвященных изучению вмешательств, направленных на повышение приверженности пациентов к лечению [33, 34], большинство из них направлено на усиление комплаентности, то есть уступчивости пациента и простое выполнение им врачебных рекомендаций. Результаты их очень полезны для совершенствования индивидуального курса нашей программы лечения, поскольку комплаентность является на данном начальном этапе лечения ведущим фактором в достижении контроля БА пациента. Первые ростки приверженности к лечению у пациентов мы наблюдаем только к концу курса индивидуального обучения, когда привлечение пациентов к медицинским задачам, связанным с их непосредственным лечением, приводит к пониманию и, как следствие, приверженности к выполнению врачебных рекомендаций. В дальнейшем, когда уменьшается доминирующая роль врача в лечении и пациент самостоятельно наблюдает за динамикой клинических симптомов, регулируя свое лечение, его встречи с врачом огра-

ниваются групповыми занятиями, мы можем говорить об осознанной приверженности, включающей активное участие больного в лечебном процессе. Однако, как свидетельствуют данные нашего исследования и результаты наблюдений других исследователей, предпочтения пациентов по данному вопросу имеют существенные различия [24, 35, 36].

Безусловно, использование лечебно-образовательного комплекса, конечной точкой которого является формирование приверженности к долгосрочной терапии БА, в настоящее время не имеет широкого внедрения в реальную клиническую практику. Одним из барьеров успешного лечения сегодня по-прежнему остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим клиническим рекомендациям наряду с факторами, связанными с организацией системы здравоохранения [26, 33, 35, 36]. Это в определенной мере объясняет сегодня низкий уровень контроля над бронхиальной астмой и требует модификации методологических подходов лечения, а также специальной подготовки врачей.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Engelkes M. et al. Medication adherence and the risk of severe asthma exacerbations: a systematic review. *Eur. Respir. J.* 2015;45(2):396–407. DOI: 10.1183/09031936.00075614
- Williams L.K., Pladevall M., Xi H., Peterson E.L. et al. Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004;114(6):1288–1293. DOI: 10.1016/j.jaci.2004.09.028
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland. 2003. [Electronic resource]. URL: [www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf).
- Хьелл Л., Зинглер Д. *Теория личности* (пер. с англ.). СПб.: Питер, 1997;6:271–303. [Hjelle L., D.Ziegler D. *Personality Theories*. SPb.: Piter, 3th ed.: McGraw-Hill, 1997;6:271–303. (in Russian)]
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2011 г. Под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012:108. [*Global strategy for asthma management and prevention*. Revised 2011. Pod red. A.S. Belevskogo. Moscow: Rossiyskoye respiratornoye obshchestvo, 2012:108. (in Russian)]
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014 г. Под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2015:150. [*Global strategy for asthma management and prevention*. Revised 2015 y. Ed. A.S. Belevskogo. Moscow: Rossiyskoye respiratornoye obshchestvo, 2015:150. (in Russian)]
- Ненашева Н.М. *Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018:82–83. [Nenasheva N.M. *Bronchial asthma. Modern view of the problem*. Moscow: GEOTAR-Media, 2018:82–83. (in Russian)]
- Трофимов В.И., Федосеев Г.Б. Лечение и профилактика бронхиальной астмы. В кн.: *Многоликая бронхиальная астма, диагностика, лечение и профилактика*. Под ред. Г.Б. Федосеева, В.И. Трофимова, М.А. Петровой. СПб.: Норммедиздат, 2011;12:320–332. [Trofimov V.I., Fedoseyev G.B. Treatment and prevention of bronchial asthma. In book: *The many faces of asthma, diagnosis, treatment and prevention*. Pod red. G.B. Fedoseyeva, V.I. Trofimova, M.A. Petrovov. Saint-Petersburg: Nordmedizdat, 2011;12:320–332. (in Russian)]
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. М.: Российское респираторное общество, 2016:55. [Federal'nyye klinicheskiye rekomendatsii po

- diagnostike i lecheniyu bronkhial'noy astmy. Moscow: Rossiyskoye respiratornoye obshchestvo, 2016:55. (in Russian)]
10. Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Amer. J. Respir. Crit. Care Med.* 2004;170:836–844. DOI: 10.1164/rccm.200401-033OC
  11. Price D., Fletcher M., van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim. Care Respir. Med.* 2014;24:14009. DOI: 10.1038/nnpjcr.2014.9
  12. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е. В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА. *Пульмонология.* 2011; (6):87–93. [Arkhipov V.V., Grigorieva E.V., Gavrishina E.V. Control of bronchial asthma in Russia: results of a multicenter observational study by NIKA. *Pul'monologiya.* 2011;(6):87–93. (in Russian)] DOI.org/10.18093/0869-0189-2011-0-6-87-93
  13. Why asthma still kills: the National Review of Asthma Deaths (NRAD) Confidential Enquiry report. *Royal College of Physicians.* London; 2014.
  14. Haughney J., Price D., Kaplan A. et al. Achieving asthma control in practice: understanding the reasons for poor control. *Respir. Med.* 2008;102(12):1681–1693. DOI: 10.1016/j.rmed.2008.08.003
  15. Clatworthy J. et al. The value of self-report assessment of adherence, rhinitis and smoking in relation to asthma control. *Prim. Care Respir. J.* 2009;18(4):300–305. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00037
  16. Melani A.S., Bonavia M., Cilenti V. et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respir. Med.* 2011;105:930–938. DOI: 10.1016/j.rmed.2011.01.005
  17. Virchow J.C., Crompton G.K., Dal Negro R. Importance of inhaler devices in the management of airway disease. *Respir. Med.* 2008;102(1):10–19. DOI: 10.1016/j.rmed.2007.07.031
  18. Clatworthy J. et al. The value of self-report assessment of adherence, rhinitis and smoking in relation to asthma control. *Prim. Care Respir. J.* 2009;18(4):300–305. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00037
  19. Di Matteo M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med. Care.* 2004;42(3):200–209. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
  20. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest.* 2006;130:65–72. [Electronic resource]. URL: [https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final-rev\\_external.pdf](https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final-rev_external.pdf).
  21. van Boven J.F., Trappenburg J.C., van der Molen T., Chavannes N.H. Towards tailored and targeted adherence assessment to optimise asthma management. *NPJ Prim. Care Respir. Med.* 2015;25:15046. DOI: 10.1038/nnpjcr.2015.46
  22. Ненашева Н.М. Как повысить приверженность лечения и улучшить контроль при бронхиальной астме, или невозможное возможно. *Эффективная фармакотерапия.* 2019;15(15):18–23. [Nenasheva N.M. how to increase adherence to treatment and improve control for bronchial asthma, or the impossible is possible. *Effektivnaya farmakoterapiya.* 2019;15(15):18–23. (in Russian)]. DOI.org/10.33978/2307-3586-2019-15-15-18-23
  23. Шварц Ю.Г., Наумова Е.А. Приверженность пациентов к лечению с позиций доказательной медицины. *Международный медицинский журнал.* 2005;3:120–125. [Schwartz Yu.G., Naumova E.A. Patients' Commitment to treatment from the standpoint of evidence-based medicine. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal.* 2005;3:120–125. (in Russian)]
  24. Jin J., Sklar G.E., Min Sen Oh V., Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther. Clin. Risk Manag.* 2008;4(1):269–286. DOI: 10.2147/tcrm.s1458
  25. Pedersen, S. Determinants of response to fluticasone propionate and salmeterol/ fluticasone propionate combination in the Gaining Optimal Asthma Control Study. S. Pedersen [et al.]. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007;120(5):1036–1042. DOI: 10.1016/j.jaci.2007.07.016
  26. Собченко С.А. Особенности течения и организация длительного лечения поздней астмы. Диссертация... док. мед. наук. СПб, 1997:302. [Sobchenko S.A. *Features of the course and organization of long-term treatment of late asthma.* Dissertatsiya... dok. med. nauk. SPb, 1997:302. (in Russian)]
  27. Ignasio-Garcio J.M. Gonsales-Santos P. Asthma self-management education program by me monitoring of peak expiratory flow. *Amer. J. Respir. Crit. Care Med.* 1995;151:353–359. DOI: 10.1164/ajrcm.151.2.7842191
  28. Partridge M.R. Patient education and delivery of care. *Asthma. European respiratory monograph.* 2003;8:449–453.
  29. Reddel H.K. Peak flow monitoring in clinical practice and clinical asthma trials. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2006;12(1):75–81. DOI: 10.1097/01.mcp.0000198065.65704.08
  30. Цой А.Н., Архипов В.В. Бронхиальная астма: новые решения. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007:38–46. [Tsoy A.N., Arkhipov V.V. *Bronchial asthma: new solutions.* Moscow: ООО «Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo», 2007:38–46. (in Russian)]
  31. International consensus report on diagnosis and management of asthma. Bethesda, Maryland, USA: National Heart, Lung and Blood Institutes of Health. Bethesda, 1992. *Eur. Respir. J.* Publication no. 92-3091. 1992;(5):601–641.
  32. Поспелова С.Н. Клинико-лабораторные данные и показатели качества жизни в контроле течения бронхиальной астмы (по данным долгосрочного лечения пациентов «Астма-школы»). Диссертация ... канд. мед. наук. СПб., 2012:203. [Pospelova S.N. *Clinical and laboratory data and indicators of quality of life in the control of the course of bronchial asthma (according to long-term treatment of patients «Asthma-school»).* Dissertatsiya ... kand. med. nauk. SPb., 2012:203. (in Russian)]
  33. Chrystyn H., Price D. Not all asthma inhalers are the same: factors to consider when prescribing an inhaler. *Prim. Care Respir. J.* 2009;18(4):243–249. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00029
  34. Haynes R.B., McDonald H., Garg A.X., Montague P.R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication (Cochrane review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002;(2):CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011
  35. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decisionmaking in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ.* 2000;321:867–871 DOI: 10.1136/bmj.321.7265.867
  36. Worsley S, Snowise N., Halpin D.M.G. Clinical effectiveness of once-daily fluticasone furoate/umeclidinium/vilanterol in usual practice: the COPD INTREPID study design. *ERJ Open Research.* 2019;(5):00061-2019; DOI: 10.1183/23120541.00061-2019