

Г.А. Новик¹, Е.А. Вишнёва², Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}¹ Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Российская Федерация² Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация⁴ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Приверженность: роль в достижении контроля над бронхиальной астмой у детей

Контактная информация:

Вишнёва Елена Александровна, заведующая отделом стандартизации и клинической фармакологии ФГБНУ «НЦЗД», врач аллерголог-иммунолог отделения восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБНУ «НЦЗД»

Адрес: 119991, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-03-92, e-mail: vishneva@nczd.ru

Статья поступила: 21.01.2015 г., принята к печати: 04.03.2015 г.

Статья посвящена проблеме достижения контроля над бронхиальной астмой у пациентов детского возраста. Целью терапии любого аллергического заболевания является достижение контроля над симптомами и максимальное снижение риска в будущем (как развития обострений, так и нежелательных эффектов терапии). Авторами представлен алгоритм определения степени контроля над бронхиальной астмой. Рассматриваются принципы комплексного подхода к лечению. Отмечено, что, несмотря на значимое продвижение в понимании различных аспектов детской астмы и прилагаемые усилия по созданию руководств по ее лечению, большое количество пациентов по-прежнему не могут контролировать течение болезни. Основной причиной зачастую становится неприверженность пациентов и их родителей к рекомендациям. В статье подробно рассматриваются основные причины несоблюдения родителями и пациентами назначений специалиста. Авторы не только обсуждают способы повышения эффективности взаимодействия врача и пациента, но и предлагают современные инновационные решения, которые должны помочь в повышении приверженности назначенной терапии и улучшении контроля над детской астмой.

Ключевые слова: аллергические болезни, бронхиальная астма, дети, терапевтическая стратегия, контроль, приверженность, отсутствие приверженности, самоконтроль, мониторинг, мультидисциплинарный подход.

(Для цитирования): Новик Г.А., Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Приверженность: роль в достижении контроля над бронхиальной астмой у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2015; 12 (2): 190–196. doi: 10.15690/pf.v12i2/1282

АКТУАЛЬНОСТЬ

Аллергические болезни — одна из важнейших медико-социальных проблем: занимая четвертое место в мире среди основных хронических заболева-

ний (по классификации Всемирной организации здравоохранения), они обуславливают серьезное бремя бюджету здравоохранения [1, 2]. Оказывая отрицательное влияние на физическое и психологическое

Г.А. Novik¹, Е.А. Vishneva², L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}¹ St. Petersburg State Paediatric Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia² Scientific Center of Children's Health, Russia³ Sechenov First Moscow Medical University, Russia, Moscow⁴ Pirogov Russian National Medical Scientific Research Institute, Russia, Moscow

Adherence: Its Role in Achieving Control Over Bronchial Asthma in Children

This article is concerned with the problem of obtaining control over bronchial asthma in children. The goal of treating any allergic disease is to gain control over the symptoms and a maximum decrease in future risks (both aggravations and negative therapy side effects). The authors present an algorithm of determining the level of control over bronchial asthma. A complex approach towards treatment is shown. It has been noted that, despite a significant movement towards the understanding different aspects of child asthma and the current efforts in creating guides concerning its treatment, a great number of patients are still incapable of controlling the illness. One of the main reasons is the lack of adherence demonstrated by the patients and their parents towards medical recommendations. This article deals with the main reasons why the patients do not follow the recommendations of doctors. The authors not only discuss the ways of increasing the patient-doctor collaboration, but also offer modern and innovative solutions which should help to increase the adherence to the designated therapy and thus the control over child asthma.

Key words: allergic diseases, bronchial asthma, children, therapeutic strategy, control, adherence, lack of adherence, self-control, monitoring, multi-disciplinary approach.

(For citation): Novik G. A., Vishneva E. A., Namazova-Baranova L. S. Adherence: its role in achieving control over bronchial asthma in children. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2015; 12 (2): 190–196. doi: 10.15690/pf.v12i2/1282

состояние, социальную жизнь, школьную успеваемость, они снижают качество жизни как самих пациентов, так и членов их семей [1–7]. Широко используемое понятие «атопический марш» подтверждает эволюционирующий характер течения аллергии: дебютировав в детском возрасте, эта патология сопровождает больного в течение всей жизни.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных, страдающих респираторной аллергией — бронхиальной астмой и аллергическим ринитом [2, 5, 8, 9], что обусловлено многими причинами, в том числе изменившимся микроокружением, влиянием экологически неблагоприятных факторов внешней среды, нарушением иммунного ответа на внешние и внутренние антигены.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Бронхиальная астма (БА) — гетерогенное по природе и переменное по течению заболевание — характеризуется хроническим воспалением, связана с преходящей и изменяющейся обструкцией дыхательных путей и гиперреактивностью бронхов, проявляется повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля, одышки и чувства стеснения в груди [2, 3, 5, 10].

Основная цель терапии бронхиальной астмы для пациентов любого возраста — достижение контроля над симптомами и максимальное снижение риска в будущем (как развития обострений, так и нежелательных явлений терапии) [2, 3, 5, 10].

На современном этапе наиболее предпочтительным и общепринятым динамическим критерием астмы является уровень контроля [3, 5, 10]. Контроль — купирование проявлений болезни при проведении адекватной базисной противовоспалительной терапии. В клинической практике достижение контроля — основной цели лечения астмы — состоит из таких компонентов, как степень контроля над имеющимися симптомами и оценка рисков прогрессирования заболевания.

Степень контроля над имеющимися симптомами — оценка текущих клинических проявлений — включает [3, 5, 10]:

- выраженность дневных и ночных симптомов;
- потребность в короткодействующих β_2 -агонистах;
- ограничение физической активности.

Оценка будущих рисков заключается как в определении потенциального риска обострений, так и в прогрессирующем нарушении легочной функции вплоть

до фиксированной легочной обструкции, а также побочных эффектов терапии. При этом следует помнить, что будущий риск не всегда зависит от текущего контроля симптомов, но плохой контроль увеличивает риск обострения [10].

Факторы риска обострений БА:

- интубация в анамнезе;
- неконтролируемые симптомы;
- наличие ≥ 1 обострения за последние 12 мес;
- снижение объема форсированного выдоха за 1 с (при определении показателей функции внешнего дыхания в начале терапии, для определения собственных наилучших показателей каждые 3–6 мес и периодически в дальнейшем);
- неправильная техника ингаляции и/или низкая приверженность;
- курение, ожирение, эозинофилия.

Факторы риска для стойкого снижения показателей функции внешнего дыхания:

- отсутствие лечения ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС);
- курение;
- эозинофилия.

Факторы риска развития нежелательных явлений:

- частые курсы пероральных глюкокортикостероидов;
- высокие дозы/мощные ИГКС;
- Р450 ингибиторы.

Упрощенный алгоритм оценки контроля над бронхиальной астмой представлен в табл. [3, 5, 10].

Приверженность лечению

Комплексный подход к лечению при подтвержденном диагнозе бронхиальной астмы включает целый ряд компонентов [3, 5, 10]:

- медикаментозную терапию;
- воздействие на факторы риска;
- обучение (информация об астме, техника ингаляции и режим, письменный план действий, постоянный мониторинг, регулярное клиническое обследование);
- исключение триггерных факторов;
- специфическую иммунотерапию;
- немедикаментозные методы.

Каждый элемент играет важную роль в достижении успеха.

Большинство пациентов, страдающих БА, хорошо отвечают на традиционную терапию и при условии оптимальной приверженности и соблюдения правильной тех-

Таблица. Оценка контроля бронхиальной астмы

Область	Компонент	Уровень контроля		
		Полный	Частичный	Отсутствует
Текущие клинические проявления	Симптомы: день	Нет	1–2 в нед	Постоянно
	Симптомы: ночь/пробуждения	Нет	1–2 в мес	Еженедельно
	Необходимость резервной терапии	Нет	1–2 в нед	Ежедневно
	Ограничение активности	Нет	Некоторые	Предельные
Риск	Обострения (в год)	0	1–2	> 2
	Побочные эффекты лечения	Нет	Различные	Различные

ники ингаляции достигают и поддерживают контроль над заболеванием. К сожалению, несмотря на значимое продвижение в понимании различных аспектов детской астмы и прилагаемые усилия по созданию руководств по ее лечению, многие пациенты по-прежнему не могут контролировать свою астму [5, 11, 12].

Результаты исследования [13], в котором приняли участие 298 пациентов с бронхиальной астмой в возрасте старше 12 лет (из них 48,7% с неконтролируемой БА по данным АСТ-теста на фоне базисной терапии ИГКС; период наблюдения в целом — 581,6 пациенто-лет), показали, что до 25% тяжелых обострений обусловлены низкой приверженностью терапии, при этом до 24,4% обострений при соблюдении назначений можно было бы избежать. Показано, что степень выполнения предписанных рекомендаций динамична во времени и изменяется до и после обострения БА. Высокий уровень приверженности необходим для предотвращения обострений астмы.

Существуют убедительные доказательства, что основной причиной недостаточной эффективности терапии в повседневной практике является пренебрежение к ежедневному использованию базисной терапии [14–16]. Повышение приверженности у детей с бронхиальной астмой — наиболее эффективный метод достижения контроля над болезнью [17].

Особенно часто дети не соблюдают режим использования ИГКС. Так, в наблюдениях, в которых следование рекомендациям определялось с помощью электронных устройств, средний уровень приверженности составил 30–70% к общему количеству назначенных доз ИГКС [18]. В других работах отмечено, что уже 75%-е соблюдение рекомендаций по использованию ИГКС дает у взрослых и детей полный или частичный контроль над астмой [18, 19]. Таким образом, низкая приверженность назначенному режиму применения ИГКС значительно снижала эффективность лечения, приводила к неконтролируемой БА и увеличивала расходы бюджетных средств [20].

Изучение альтернативной стратегии терапии бронхиальной астмы легкого течения у детей с использованием монтелукаста в виде оральной таблетированной формы для однократного применения (в наблюдениях применялся оригинальный препарат Сингуляр) показало достоверно более высокую степень приверженности назначенному лечению. Так, в многоцентровом открытом 6-месячном наблюдении [21] по изучению эффективности, безопасности и удовлетворенности терапией монтелукастом в сравнении с ингаляционным глюкокортикостероидом беклометазоном приняли участие 124 ребенка в возрасте 6–11 лет с бронхиальной астмой. Показатели общей эффективности и безопасности были сходными и не имели достоверных различий. Однако, отмечено, что пациенты, принимавшие оральную таблетированную форму препарата, более ответственно относились к назначениям врача: средняя доля дней, в течение которых дети полностью выполняли рекомендации, составила 98% в группе монтелукаста и 83% — в группе беклометазона. Различия между группами достигали 15% и были статистически значимыми

($p < 0,001$). Приверженность в группе монтелукаста была почти в два раза выше, чем у детей, получавших ИГКС (82 и 45%, соответственно). По степени удовлетворенности назначенной терапией более высокий уровень наблюдался в группе монтелукаста, использование которого пациенты и родители отметили как более удобное ($p < 0,001$) и менее сложное ($p = 0,005$); данный препарат применялся в соответствии с инструкцией более длительный период времени ($p = 0,006$) по сравнению с беклометазоном.

Особенно пристально изучается проблема приверженности ежедневной терапии у детей с тяжелой неконтролируемой астмой. Несоблюдение назначений — распространенная причина персистирувания симптомов у данной группы пациентов [5, 10]. Исследования приверженности и контроля над легкой или среднетяжелой астмой показали, что главной причиной хрипов, одышки, ночного кашля, персистирующих слабовыраженных симптомов, которые могут провоцироваться физической нагрузкой, также является несоблюдение назначенных рекомендаций [14, 19].

В случае, когда у ребенка недостаточен или отсутствует контроль над астмой, необходимо ответить на важный вопрос, что действительно показано пациенту — увеличение объема терапии или повышение приверженности? В процессе принятия решений крайне важно идентифицировать неприверженных пациентов, что бывает крайне проблематично [14].

В одном из проспективных исследований [22] специально оценивали выполнение назначений у 24 детей с БА в возрасте 8–12 лет, которым для контроля над заболеванием требовалось использование ИГКС и β_2 -агонистов и которых считали правильно выполняющими назначения. По дневникам пациентов, частота выполнения назначений врача достигала 95,4% (т.е. 95,4% принятых доз), при этом электронные счетчики, установленные на дозированных аэрозольных ингаляторах, результативно использовали менее 60% назначенных доз. Более того, только 31,8% предписанных доз было принято в положенное время. В целом, 92% пациентов преувеличивали применение назначенной терапии. Исследователи пришли к заключению, что причиной этого стало не только намеренное невыполнение детьми назначений, но и неправильное восприятие принятой дозы детьми и их родителями.

Таким образом, ни сведения, предоставленные родителями, ни самоотчет пациентов, ни их дневники, ни анонимные анкетные опросники не могут отразить достоверной картины приверженности лечению [18, 23–25]. Пациенты и их родители склонны завышать оценку исполнения рекомендаций по ежедневной терапии, которая часто основана на воспоминаниях и обобщении промежутков времени вместо описания конкретных событий — применения препарата [25]. Кроме того, немаловажную роль играет желание родителя и самого пациента «понравиться» врачу, то есть сообщить о выполнении всех предписанных назначений, даже если они не соблюдались в полной мере [18, 25].

Достаточно точным способом оценки приверженности может стать подсчет используемых дозированных

аэрозольных ингаляторов или использование ингаляторов с автоматическим счетчиком доз. Но даже в этом случае нельзя исключить риск опустошения устройства перед визитом к врачу в целях имитации высокой приверженности [26].

Достоверным методом оценки приверженности являются электронные приборы контроля, которые фиксируют точное время и дату, когда используется препарат, однако они имеют крайне ограниченное применение и используются обычно в клинических исследованиях [27].

Истинная приверженность включает в себя как соблюдение режима дозирования лекарства, так и правильную технику ингаляции [28]. Однако, методы мониторинга приверженности не дают полной гарантии, что даже принимая препарат, не будет страдать сама техника ингаляции. Исследования показали, что повторный инструктаж по выполнению процедуры и демонстрация пациенту самого устройства являются ключевыми факторами, определяющими правильную технику ингаляции у детей с астмой [14].

Лишь полная информированность родителей и пациентов о факторах риска несоблюдения рекомендаций способна улучшить приверженность лечению.

Причинами, обуславливающими отсутствие приверженности, могут быть следующие [14, 29]:

- 1) неумышленные: плохие рекомендации со стороны врача или недостаточная осведомленность родителей и пациента;
- 2) умышленные: характерны для пациентов, которые сознательно решили не следовать рекомендациям;
- 3) незапланированные (непреднамеренные), обусловленные трудностями строгого соблюдения режима: встречаются у пациентов низкого социального уровня, при ограничениях и отсутствии поддержки со стороны членов семьи, отсутствии мотивации.

В целом, непреднамеренное невыполнение рекомендаций — явление сравнительно редкое [30–32]. Осознание болезни и понимание цели лекарственной терапии родителями и пациентом — важный фактор следования рекомендациям [14].

Бывает, что пациенты и их родители составляют свое собственное мнение о причинах и проявлениях астмы, опираясь на сведения весьма недостоверных источников — друзей, соседей, средств массовой информации, сети Интернет [33]. Часто астма воспринимается как эпизодическое состояние, и у родителей нет осознания необходимости ежедневного приема терапии [14, 33]. Такое поведение свидетельствует об умышленном невыполнении рекомендаций. При этом некоторые родители открыто «сопротивляются» ежедневному приему препаратов ребенком, аргументируя это тем, что незачем «пичкать» лекарствами, если ребенок и так хорошо себя чувствует [34]. Такая мотивация может быть подкреплена и стероидофобией — опасением развития нежелательных побочных эффектов у пациентов, которым назначены ИГКС [35, 36].

Даже в случае, когда родители и ребенок приняли решение соблюдать все предписанные назначения и следовать рекомендациям врача, возможно возникно-

вание препятствий, способных стать причиной непреднамеренной неприверженности. Недавние исследования показали сложность и многообразие таких неожиданных барьеров [14].

Важным фактором, способствующим низкой приверженности у подростков является отсутствие установленного распорядка дня. Проблемы с запоминанием, отсутствие времени, вызванное конкурирующими интересами (общение с друзьями, гаджет-зависимость), также могут стать причиной невыполнения назначений. Кроме того, для группы пациентов подросткового возраста могут быть препятствием приверженности семейные и социальные сложности, трудности в общении со сверстниками, а также причины, связанные с воспитанием ребенка [14]. Именно здесь важнейшую роль может сыграть чрезмерная ответственность, возложенная родителями на ребенка в сравнительно раннем возрасте, для того чтобы самостоятельно, без родительского контроля и напоминания, ежедневно принимать лекарственные препараты [37]. Частым препятствием соблюдению рекомендаций становится финансовая проблема, особенно при отсутствии обеспечения пациента лекарственными препаратами за счет средств медицинского страхования [31].

Конечно, приверженность составляют сложные поведенческие процессы, обусловленные целым рядом взаимодействующих факторов. Несомненно, что важнейшими звеньями этой цепи являются мотивация и межличностные отношения врача и пациента [14]. При этом непосредственно применение препаратов — лишь маленькая частица поведенческой модели пациента; более широким понятием становится самоконтроль, или мониторинг, — самоуправление. Применение лекарств по назначению — один из навыков самоконтроля, которому вполне легко обучиться. Таким образом, приверженность — не константная характеристика пациента и может меняться в зависимости от разных причин и ситуаций [14]:

- освоения информации;
- приема лекарственных препаратов;
- управления симптомами;
- контроля психологического состояния;
- изменения образа жизни;
- использования социальной поддержки;
- эффективного общения (взаимодействие, коммуникация с врачом).

Это 7 основных навыков для пациентов с таким хроническим заболеванием, как астма. В данном контексте «навык» подразумевает форму активности, сформированную в процессе обучения. Именно поэтому приверженность — не личностная особенность человека: в соответствии с окружающими обстоятельствами пациент может изменить свой образ жизни [14]. Важно понимать, что достижение 100% приверженности назначенной терапии — сложная, но вполне решаемая задача для каждого врача. Предлагаем несколько действенных приемов для осуществления поставленной цели [14]:

- предложите родителям придумать систему вознаграждений;

- помогите пациентам связать прием препаратов с обычными рутинными ежедневными действиями (например, с чисткой зубов, приемом пищи и т. д.);
- помогите пациенту завести систему напоминаний на сотовом телефоне;
- определите вместе с пациентом и его родителями разумные, конкретные цели;
- настройте пациента на положительные эмоции;
- научите родителей хвалить детей за соблюдение режима и не обращать внимания на незначительные проступки;
- помогите родителям придумать домашние визуальные напоминания.

Нужно понимать, что такое значительное количество пациентов с низкой приверженностью обусловлено как сложностью распознавания таких больных, так и разнообразием причин, следствием которых становится несоблюдение рекомендаций. При этом ряд исследований свидетельствует также о противоположной реальности — достижении хорошего уровня контроля астмы и высокого уровня приверженности. Не вызывает сомнений, что особенную эффективность в решении данного вопроса будет иметь комплексный подход [2, 3, 5, 10, 14].

Высокий уровень приверженности может быть достигнут при использовании удаленного мониторинга, интернет-технологий, а также активном сотрудничестве больного ребенка, его родителя и врача; такой прием может быть особенно актуален для пациентов подросткового возраста [38–40]. При этом убежденность самих специалистов в реальности достижения намеченной цели лечения станет надежным стимулом для соблюдения пациентом назначенного режима и рекомендаций [35].

Одним из главных факторов достижения успеха в терапии такого хронического заболевания, как астма, являются четкие поэтапные рекомендации — индивидуальный план [2, 3, 5, 10, 17]. Вместе с тем исследования показывают, что врачи зачастую не информируют родителей и пациента о возможных перспективах [41, 42]: лишь в 9% случаев во время консультации специалистом был составлен индивидуальный план действий [41].

Обучение самоконтролю и принципам терапии, обсуждение возможных перспектив, а также страхов, сомнений и опасений, совместная постановка целей и принятие решений способствуют развитию доверительных партнерских отношений между врачом и родителями пациента [10]. Исследования продемонстрировали, что именно совместное принятие решений связано с более высокой приверженностью и улучшением достигнутых результатов лечения как у взрослых, так и у детей [43, 44]. Показано, что обучение специалистов такому ориентированному на пациента подходу помогает повысить контроль над астмой у детей [14, 45, 46].

Необходимо отметить, что отсутствие контроля над астмой у пациентов детского возраста может быть обусловлено несоблюдением принципов ведения детей с астмой в соответствии с клиническими рекомендациями. Особенно широко такие расхождения и ошибки, по данным проведенных наблюдений, встречаются

в первичном звене и среди врачей общей практики [14]. Результаты нескольких международных исследований свидетельствуют о назначении высоких доз ИГКС детям при отсутствии диагноза персистирующей астмы. Например, ИГКС длительно получали пациенты, у которых не было ни одного эпизода бронхиальной обструкции и свистящего дыхания в течение последних 2 лет [47–49], при этом стратегия терапии не пересматривалась. Встречаются случаи, когда комбинированное лечение (ИГКС + β_2 -агонисты длительного действия) назначается детям длительным курсом без предшествующей монотерапии ИГКС [50]. Исследования по всему миру свидетельствуют о подобном несоблюдении основных принципов ведения астмы [51, 52]. Нередки случаи, когда ИГКС используют в виде коротких курсов только при появлении симптомов. Кроме того, ИГКС назначаются детям с неспецифическими симптомами респираторных заболеваний, у которых нет диагноза БА. Исследования, анализировавшие организацию работы астма-школ, показали часто бессистемное и нерегулярное проведение мероприятий и низкую их посещаемость больными [47]. Выявленные в первичном звене здравоохранения проблемы характерны для многих стран мира.

Для хорошего контроля над астмой и более высокой приверженности необходим также междисциплинарный подход — привлечение в процессе лечения среднего медицинского персонала и специалистов смежных специальностей, что повышает степень самоконтроля и уровень образования пациента и родителя в вопросах болезни [10, 14, 53]. Одним из звеньев междисциплинарного подхода является работа психолога с семьей больного ребенка [2]. Нередко дети с астмой страдают алекситимией — неспособностью выразить свои эмоции и чувства. Работа психолога позволяет гармонизировать восприятие ребенком болезни и процесса лечения, исправить неадекватную внутреннюю картину болезни; сформировать активную, конструктивную позицию пациента к лечению и здоровью; изменить стереотип внутрисемейных отношений; развить коммуникативные навыки и раскрыть личность; придать правильное направление в линии поведения родителей с больным ребенком и помочь справиться ему с болезнью.

На сегодняшний день современные клинические рекомендации по лечению астмы у детей руководствуются необходимостью достижения постоянного контроля. Оценивая состояние ребенка с бронхиальной астмой, необходимо [10]:

- 1) определить степень контроля над болезнью:
 - контроль симптомов за последние 4 нед;
 - факторы риска;
 - показатели функции внешнего дыхания;
- 2) проконтролировать терапию:
 - технику ингаляции и степень приверженности;
 - нежелательные явления;
 - индивидуальный письменный план терапии;
 - отношение пациента и его родителей к астме;
 - совместно сформулировать цели лечения;
- 3) исключить влияние сопутствующей патологии, которая может ухудшить течение астмы, стать причи-

ной обострений и результатом снижения качества жизни:

- риносинусит, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, ожирение, обструктивное апноэ сна, депрессию, тревожные расстройства.

Общепринятый подход ступенчатой терапии астмы в детской практике реализуется при полном исключении альтернативного диагноза с учетом определения степени приверженности рекомендациям и соблюдения требований элиминации триггеров [2, 3, 5, 10]. Возможность перехода на следующую или предыдущую ступень терапии оценивается через регулярные интервалы времени в зависимости от тяжести течения астмы. Необходимы тщательный мониторинг и своевременная коррекция дозирования препаратов или терапевтической стратегии в целом.

Следует помнить, что индивидуальный ответ на препарат может отличаться, подтверждая роль определенной гибкости при выборе варианта лечения и возможности выбрать другую стратегию, если первая оказалась неудачной [3, 5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медикаментозная терапия — выбор оптимального препарата для максимального контроля симптомов и полного снижения риска неблагоприятного прогноза — должна учитывать возможные фенотипические характеристики больного БА, предпочтения самого пациента и его родителей с учетом возможных целей, а также сомнений и опасений в вопросах лечения; отвечать практическим вопросам соблюдения предписанных

назначений (кратность приема лекарства может иногда стать решающей, особенно для пациентов подростковой возрастной группы) [2, 3, 5]. В данном контексте также важен момент стоимости препарата, что обусловит доступность и, соответственно, приверженность назначенному лечению [14].

Эффективное взаимодействие врача и родителей ребенка с астмой, а именно подход, ориентированный на пациента, и совместное принятие решений позволяют улучшить приверженность и повысят шанс на достижение и поддержание контроля над болезнью. Первичное обучение у специалиста необходимо дополнять другими образовательными мероприятиями, такими как занятия в астма-школе. Одной из перспективных альтернатив как в образовательных целях, так и для поддержания приверженности является использование обучающих компьютерных программ и интернет-ресурсов [54, 55]. Различные информационно-технические решения используют для соблюдения ежедневного режима применения препаратов базисной терапии, раннего выявления и купирования обострений в соответствии с персонализированным письменным планом (например, в виде напоминаний о своевременном приеме препарата или осуществлении мероприятий самоконтроля), а также незапланированного обращения к лечащему врачу как в синхронном, так и в асинхронном режиме.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Atlas of Allergy. Editors: Cezmi A. Akdis, Ioana Agache. *Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology*. 2014. 388 p.
2. Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Алтунин В.В., Антонова Е.В., Аршба Э.А., Ахмедуллина Д.И., Бакрадзе М.Д., Баранов А.А., Ботвиньева В.В., Важнова И.М., Вишнева Е.А., Вознесенская Н.И., Волков К.С., Галицкая М.Г., Гайворонская А.Г., Геворкян А.К., Горячкина Л.А., Деев И.А., Дворяковский И.В., Дмитриенко Е.Г. и др. Аллергия у детей: от теории — к практике. Под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. Сер. Современная педиатрия: от теории — к практике. Москва. 2011. 668 с.
3. Papadopoulos N. G., Arakawa H., Carlsen K.-H., Custovic A., Gern J. et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma. *Allergy*. 2012; 67: 976–997.
4. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Эфендиева К.Е., Левина Ю.Г., Вознесенская Н.И., Томилова А.Ю., Мурадова О.И., Селимзянова Л.Р., Промышлова Е.А. Современные принципы терапии аллергического ринита у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2014; 11 (1): 6–14.
5. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Эфендиева К.Е., Левина Ю.Г., Вознесенская Н.И., Томилова А.Ю., Селимзянова Л.Р., Промышлова Е.А. Детская астма: ключевые принципы достижения контроля на современном этапе. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 10 (4): 60–72.
6. Haahtela T., Holgate S., Pawankar R., Akdis C., Benjaronpitak S., Caraballo L. et al. The biodiversity hypothesis and allergic disease. WAO position paper. *WAO Journal*. 2013; 6: 3.
7. Ring J., Akdis C., Behrendt H., Lauener R.P., Schaeppli G., Akdis M. and participants of the Global Allergy Forum, Davos 2011. Davos Declaration: Allergy as a global problem. *Allergy*. 2012; 67: 141–143.
8. URL: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/asthma.htm>
9. Намазова-Баранова Л.С., Огородова Л.М., Томилова А.Ю., Деев И.А., Алексеева А.А., Вишнева Е.А., Громов И.А., Евдокимова Т.А., Камалтынова Е.М., Коломеец И.Л., Торшхоева Р.М. Распространенность астмаподобных симптомов и диагностированной астмы в популяции подростков. *Педиатрическая фармакология*. 2009; 6 (3): 59–65.
10. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014. Available from: <http://www.ginasthma.org/>
11. Szefler S.J. Advancing asthma care: the glass is only half full! *J Allergy Clin Immunol*. 2011; 128: 485–494.
12. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Бронхиальная астма у детей младше 8 лет: как снизить частоту обострений и госпитализаций? *Педиатрическая фармакология*. 2009; 6 (1): 51–54.
13. Williams L.K., Peterson E.L., Wells K. et al. Quantifying the proportion of severe asthma exacerbations attributable to inhaled corticosteroid nonadherence. *J Allergy Clin Immunol*. 2011; 128: 1185–91.
14. Klok T., Kaptein A.A., Brand P.L.P. Non-adherence in children with asthma reviewed: the need for improvement of asthma care. *Pediatr Allergy Immunol*. Doi: 10.1111/pai.12362.
15. Jentzsch N.S., Camargos P., Sarinho E.S., Bousquet J. Adherence rate to beclomethasone dipropionate and the level of asthma control. *Respir Med*. 2012; 106: 338–343.

16. Hedlin G., Bush A., Lodrup Carlsen K. et al. Problematic severe asthma in children, not one problem but many: A GA2LEN initiative. *Eur Respir J*. 2010; 36: 196–201.
17. Sabate E. ed. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organisation. 2003.
18. Morton R.W., Everard M.L., Elphick H.E. Adherence in childhood asthma: the elephant in the room. *Arch Dis Child*. 2014; 99: 949–953.
19. Klok T., Kaptein A.A., Duiverman E.J., Brand P.L. It's the adherence, stupid (that determines asthma control in preschool children)! *Eur Respir J*. 2014; 43: 783–791.
20. McGrady M.E., Hommel K.A. Medication adherence and health care utilization in pediatric chronic illness: A systematic review. *Pediatrics*. 2013; 132: 730–740.
21. Maspero J.F., Duenas-Meza E., Volovitz B. et al. Oral montelukast versus inhaled beclomethasone in 6- to 11-year-old children with asthma: results of an open-label extension study evaluating long-term safety, satisfaction, and adherence with therapy. *Curr Med Res Opin*. 2001; 17 (2): 96–104.
22. Milgrom H., Bender B., Ackerson L. et al: Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1996; 98 (Pt. 6): 1051–1057.
23. Bender B., Wamboldt F.S., O'Connor S.L. et al. Measurement of children's asthma medication adherence by self-report, mother report, canister weight, and Doser C.T. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2000; 85: 416–421.
24. Schultz A., Sly P.D., Zhang G., Venter A., Devadason S.G., le Souef P.N. Usefulness of parental response to questions about adherence to prescribed inhaled corticosteroids in young children. *Arch Dis Child*. 2012; 97: 1092–1096.
25. Duncan C.L., Mentrikoski J.M., Wu Y.P., Fredericks E.M. Practice-Based Approach to Assessing and Treating Non-Adherence in Pediatric Regimens. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2014; 2: 322–336.
26. Jentzsch N.S., Camargos P.A., Colosimo E.A., Bousquet J. Monitoring adherence to beclomethasone in asthmatic children and adolescents through four different methods. *Allergy*. 2009; 64: 1458–1462.
27. Ingerski L.M., Hente E.A., Modi A.C., Hommel K.A. Electronic measurement of medication adherence in pediatric chronic illness: a review of measures. *J Pediatr*. 2011; 159: 528–534.
28. Nikander K., Turpeinen M., Pelkonen A.S., Bengtsson T., Selroos O., Haahela T. True adherence with the Turbuhaler in young children with asthma. *Arch Dis Child*. 2011; 96: 168–173.
29. Bokhour B.G., Cohn E.S., Cortes D.E. et al. Patterns of concordance and non-concordance with clinician recommendations and parents' explanatory models in children with asthma. *Patient Educ Couns*. 2008; 70: 376–385.
30. Gutierrez S.J., Fagnano M., Wiesenthal E. et al. Discrepancies between medical record data and parent reported use of preventive asthma medications. *Journal of Asthma*. 2014; 51: 446–450.
31. Drotar D., Bonner M.S. Influences on adherence to pediatric asthma treatment: a review of correlates and predictors. *J Dev Behav Pediatr*. 2009; 30: 574–582.
32. Auger K.A., Kahn R.S., Davis M.M., Simmons J.M. Pediatric asthma readmission: asthma knowledge is not enough? *J Pediatr*. 2015; 166: 101–108.
33. Kaptein A.A., Klok T., Moss-Morris R., Brand P.L. Illness perceptions: impact on self-management and control in asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2010; 10: 194–199.
34. Klok T., Brand P.L., Bomhof-Roordink H. et al. Parental illness perceptions and medication perceptions in childhood asthma, a focus group study. *Acta Paediatr*. 2011; 100: 248–252.
35. Santer M., Ring N., Yardley L., Geraghty A.W.A., Wyke S. Treatment non-adherence in pediatric longterm medical conditions: Systematic review and synthesis of qualitative studies of caregivers' views. *BMC Pediatrics*. 2014; 14: 63.
36. Armstrong M.L., Duncan C.L., Stokes J.O., Pereira D. Association of caregiver health beliefs and parenting stress with medication adherence in preschoolers with asthma. *J Asthma*. 2014; 51: 366–372.
37. Klok T., Lubbers S., Kaptein A.A., Brand P.L. Every parent tells a story: why non-adherence may persist in children receiving guideline-based comprehensive asthma care. *J Asthma*. 2014; 51: 106–112.
38. Duncan C.L., Hogan M.B., Tien K.J. et al. Efficacy of a parent-youth teamwork intervention to promote adherence in pediatric asthma. *J Pediatr Psychol*. 2013; 38: 617–628.
39. Баранов А.А., Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Телемедицина — перспективы и трудности перед новым этапом развития. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 10 (3): 6–11.
40. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Каркашадзе Г.А., Антонова Е.В., Смирнов В.И. Новые методы взаимодействия врача и пациента в достижении контроля над болезнью. *Вопросы современной педиатрии*. 2014; 13 (1): 54–55.
41. Sleath B.L., Carpenter D.M., Sayner R. et al. Child and caregiver involvement and shared decisionmaking during asthma pediatric visits. *J Asthma*. 2011; 48: 1022–1031.
42. Gillette C., Blalock S.J., Rao J.K. et al. Discussions between medical providers and children/caregivers about the benefits of asthma-control medications. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2014; 54: 251–257.
43. Stiggelbout A.M., van der Weijden T., de Wit M.P. et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012; 344: e256.
44. Brand P.L.P., Stiggelbout A.M. Effective follow-up consultations: The importance of patient-centered communication and shared decision making. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2013; 14: 224–228.
45. Drotar D. Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: association with health outcomes and treatment adherence. *J Dev Behav Pediatr*. 2009; 30: 246–254.
46. Zolnierok K.B., DiMatteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009; 47: 826–834.
47. Klok T., Kaptein A.A., Duiverman E. et al. General practitioners' prescribing behaviour as a determinant of poor persistence with inhaled corticosteroids in children with respiratory symptoms: mixed methods study. *BMJ Open*. 2013; 3: 10.
48. Thomas M., Murray-Thomas T., Fan T. et al. Prescribing patterns of asthma controller therapy for children in UK primary care: a cross-sectional observational study. *BMC Pulm Med*. 2010; 10: 29.
49. Chauliac E.S., Silverman M., Zwahlen M. et al. The therapy of pre-school wheeze: appropriate and fair? *Pediatr Pulmonol*. 2006; 41: 829–838.
50. Sweeney J., Patterson C.C., O'Neill S. et al. Inappropriate prescribing of combination inhalers in Northern Ireland: Retrospective cross-sectional cohort study of prescribing practice in primary care. *Prim Care Respir J*. 2014; 23: 74–78.
51. Bianchi M., Clavenna A., Sequi M. et al. Anti-asthma medication prescribing to children in the Lombardy Region of Italy: Chronic versus new users. *BMC Pulmonary Medicine*. 2011; 11.
52. Friedman H.S., Eid N.S., Crespi S. et al. Retrospective claims study of fluticasone propionate/salmeterol fixed-dose combination use as initial asthma controller therapy in children despite guideline recommendations. *Clin Ther*. 2009; 31: 1056–1063.
53. Kuethe M.C., Vaessen-Verberne A.A., Bindels P.J., van Aalderen W.M. Children with asthma on inhaled corticosteroids managed in general practice or by hospital paediatricians: is there a difference? *Prim Care Respir J*. 2010; 19: 62–78.
54. Намазова-Баранова Л.С., Суворов П.Е., Смирнов И.В., Молодченков А.И., Антонова Е.В., Вишнёва Е.А., Смирнов В.И. Управление рисками пациента на основе технологий удаленного мониторинга здоровья: состояние области и перспективы. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2015; 1: 82–89.
55. Tripodi S., Comberiat P., Di Rienzo Businco A. A web-based tool for improving adherence to sublingual immunotherapy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2014 Oct; 25 (6): 611–2. Doi: 10.1111/pai.12260. Epub 2014 Aug 29.