

ОБЗОРЫ

УДК: 616.248-08

**КОМПЛАЕНС ИЛИ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ:
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ****А. О. Молотков¹, А. А. Пунин¹, С. А. Молоткова², И. П. Евсеева¹**¹*Кафедра факультетской терапии Смоленской государственной медицинской академии,
Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*²*Кафедра госпитальной терапии Смоленской государственной медицинской академии,
Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*

Проведен комплексный анализ современного состояния вопроса комплаенса, или приверженности лечению, у больных терапевтического профиля. Разобраны особенности проблемы при бронхиальной астме и даны рекомендации по ее улучшению.

Ключевые слова: комплаенс, приверженность лечению, бронхиальная астма

**COMPLIANCE OR PATIENTS' LOYALTY TO THERAPY: CURRENT
SITUATION AND FEATURE IN BRONCHIAL ASTHMA****A. O. Molotkov, A. A. Punin, S. A. Molotkova, I. P. Evseeva***Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskoy str., 28*

Comprehensive analysis of current situation concerning compliance or patients' loyalty to therapy in therapeutical patients has been carried out. Particular attention has been paid to bronchial asthma patients. Certain recommendations to improve the situation have been developed.

Keywords: compliance, patients' loyalty to therapy, bronchial asthma

За последние годы в медицинскую практику внедрено значительное количество современных и (судя по результатам многоцентровых плацебо-контролируемых исследований) высокоэффективных лекарственных препаратов, практически по всем терапевтическим нозологическим формам. Диагностические и лечебные алгоритмы по основным заболеваниям помещены в жесткие рамки стандартов, которые обязуют врачей использовать в лечении те или иные группы препаратов. В довершение всего, фонды медицинского страхования, страховые компании, контролирурующие органы системы здравоохранения различных уровней постоянно отслеживают выполнение вышеупомянутых стандартов. Все вышесказанное должно было бы значительно улучшить результаты лечения в нашей стране, но фактически ситуация складывается не столь оптимистично и однозначно. На практике мы имеем раздвоение тенденций: по единичным нозологическим формам (бронхиальная астма, язвенная болезнь) проявляется положительная (хоть и в меньшей степени, чем ожидалось) динамика [6], по другим – особенно кардиологическим и сосудистым заболеваниям (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, ОНМК), имеются наблюдения об отсутствии желаемых результатов и даже негативной тенденции [11].

Понятно, что причин у складывающейся ситуации множество и рассуждать о них можно бесконечно. В данной статье нам хотелось коснуться лишь

одной проблемы, значимость которой мы зачастую недооцениваем: ранее это называли комплаенсом, а сейчас все чаще – приверженностью к лечению. Ведь как резонно заметил американский военный хирург полковник Эверетт Куп, даже самые эффективные препараты не будут работать у пациентов, которые их не принимают. Причем в разрезе комплаенса, или приверженности к лечению, мы преимущественно коснемся одного заболевания, а именно бронхиальной астмы.

В последние годы принципиально изменились подходы к участию больных в лечебном процессе, подразумевающие их более активное привлечение к принятию медицинского решения. Именно это привело к появлению в литературе термина «приверженность» – англ. «adherence». В докладе ВОЗ «Приверженность к длительной терапии, доказательство действенности» за 2003 г. предлагается следующее определение приверженности к лечению (ПЛ) – это мера, до которой поведение пациента (прием лекарственных препаратов и модификация образа жизни) соответствует назначенным медицинским рекомендациям. ПЛ расценивают как неудовлетворительную, когда пациент принимает менее 80% или более 120% предписанных на продолжительный период доз медикамента. В США низкая ПЛ оценивается в 100 млрд долларов в год только на дополнительные визиты к врачу и госпитализации, которые составляют 19% от числа всех обращений в стационар. Помимо этого, невыпол-

нение врачебных рекомендаций достоверно влияет на выживаемость пациентов, страдающих хроническими заболеваниями [27].

Основной целью лечения больных бронхиальной астмой (БА), определяемой Глобальной инициативой по БА (GINA, 2006), является достижение и поддержание оптимального контроля заболевания. Это означает, что у пациентов отсутствуют или минимально (не чаще 2 раз в неделю) выражены симптомы болезни, нет ограничений в повседневной деятельности из-за БА, отсутствует (или минимальна) потребность в «скоромощных» бронхолитиках, а частота обострений крайне низка [6].

Хотя в контролируемых клинических исследованиях (GOAL и др.) показано, что хороший контроль БА достижим у большинства пациентов [14], это не соответствует реальной ситуации. Так, в исследовании AIRE установлено, что 55% пациентов отмечали дневные, 37% – ночные симптомы БА, а у 30% – госпитализации или обращения за неотложной помощью. Однако при этом 43% пациентов расценили свою болезнь как «хорошо контролируемую», 34% – как «полностью контролируемую», 17% – как «частично контролируемую» и лишь 5% – как «плохо контролируемую» или «полностью неконтролируемую» [25]. В 2005 г. закончилось исследование INSPIRE, в ходе которого в 11 странах Европы и Америки с помощью вопросника ACQ опросили 3415 больных БА по поводу течения их заболевания. Несмотря на то, что всем пациентам постоянно назначались ИГКС в сочетании или без β_2 -агонистов длительного действия, 74% опрошенных применяли, по крайней мере, одну ингаляцию бронхолитика короткого действия в качестве неотложной терапии каждый день, а 51% пациентов за последний год госпитализировались [2]. По данным G. V. Wallenstein (2007), доля неконтролируемой бронхиальной астмы в Европе составляла от 47% в Испании до 67% в Германии и Италии. По результатам многоцентрового наблюдательного исследования НИКА (Россия, 2010) только у 23% пациентов выявлено контролируемое течение бронхиальной астмы. По данным исследований, выполненных в г. Смоленске, уровень контроля бронхиальной астмы различался в зависимости от применяемого инструмента оценки и составлял 41,5% по GINA 2007, 36% по ACQ-5 и 8% по АСТ. Таким образом, все представленные исследования показали, что, несмотря на доступность высокоэффективных лекарственных средств, контроль БА зависит не только от точности диагноза и правильности лечения, но и от того, насколько пациент выполняет врачебные назначения.

Комплаенс (англ. compliance – согласие, соответствие) в медицине – добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения. Проблема комплаенса – одна из краеугольных в современной медицине, особенно российской. Его неотъемлемыми составляющими являются:

- своевременный прием лекарств;
- прием препарата в полной дозе;

– соблюдение рекомендаций по диете и образу жизни.

В последнее время все чаще звучат возражения против упрощенного понимания комплаенса как исполнительности пациентов, и комплаенс определяется как «комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций». Особо подчеркивается, что «комплаенс складывается из двух частей и предусматривает действия со стороны врача и пациента». И. Харди [9] считает, что адекватная реакция на болезнь проявляется в признании факта болезни, в принятии к сведению заключений врача и в сотрудничестве больного с врачом.

Согласно проведенным масштабным исследованиям, долгосрочная приверженность пациентов любому лечению, независимо от заболевания, не превышает 50% [12, 18, 21, 23]. Например, для гипертонической болезни – 40%, для сахарного диабета и эпилепсии – 50%, при гиперлипидемии – 62%. При этом отмена гипотензивных лекарственных средств (диуретиков, ингибиторов АПФ, β -блокаторов) происходит в 25% случаев после 6 месяцев от начала приема. Трудности с приверженностью терапии могут возникнуть в любом возрасте как у мужчин, так и у женщин, независимо от образования и достатка [8].

Особенно остро проблема комплаенса стоит при лечении хронической патологии. При этом медицинские рекомендации долгосрочны, и успех лечения достигается только при длительной терапии. Общее правило заключается в том, что чем больше длительность терапии, тем ниже комплаенс. По данным ВОЗ, примерно половина хронических больных не выполняют медицинские рекомендации. Несоблюдение же назначений приводит к серьезным медицинским последствиям (снижение эффективности лечения, переоценка дисциплинированности больного в сочетании с отсутствием эффекта приводит к пересмотрам терапии и назначению новых лекарств).

В случаях бессимптомной патологии («у меня ничего не болит») уровень терапевтического сотрудничества довольно низок. Подобным же образом терапевтическое сотрудничество может нарушаться в случае выраженного улучшения состояния больного на фоне лечения. Поскольку в период качественных ремиссий больные не испытывают тягостных симптомов болезни, мотивация к лечению существенно снижается, больные перестают придерживаться рекомендаций врача вплоть до обрыва терапии. Только новое обострение заставляет пациентов вновь обратиться за медицинской помощью.

При острой патологии лечение краткосрочно, терапия быстро приводит к улучшению состояния, и больные лучше соблюдают врачебные рекомендации. Кроме того, при остром состоянии или обострении хронической патологии медицинская помощь часто оказывается стационарно, и контроль над выполнением рекомендаций осуществляется врачом и медицинскими сестрами [5].

По данным Е. В. Тарасенко и соавт. (2012), пациенты, поступавшие в стационар в экстренном порядке, имеют более высокую приверженность к лечению, чем поступавшие в плановом порядке. Пациенты, отмечающие улучшение самочувствия, чаще продолжают терапию. Пациенты, отмечающие существенное ухудшение здоровья, также чаще продолжают или возобновляют регулярное лечение, чем пациенты, не отмечавшие таких изменений.

Существуют предикторы отсутствия приверженности к лекарственной терапии (Osterberg and Blaschke, 2005):

- 1) наличие психологических проблем, особенно депрессии;
- 2) наличие когнитивных нарушений, в результате которых пациент просто не понимает, зачем ему лечиться, или забывает принять препарат;
- 3) бессимптомное заболевание (пациент не понимает цель приема препаратов, тем более с риском побочных эффектов);
- 4) неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке;
- 5) побочные эффекты;
- 6) недостаточная вера больного в пользу лечения;
- 7) недостаточная информированность пациента о его заболевании;
- 8) плохие отношения между медицинским персоналом и больным;
- 9) наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи;
- 10) сложность терапии;
- 11) высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты.

В GINA-06 представлены специфические лекарственные и нелекарственные факторы, обуславливающие несоблюдение больным БА назначений врача. Среди факторов, связанных с лекарственными препаратами, значение имеют: трудности в использовании ингалятора; неудобный режим приема; побочные эффекты и стоимость лекарственных препаратов; неприязненное отношение к лекарственной терапии; отдаленность аптек. К факторам, не связанным с медикаментами, относятся: непонимание врачебных назначений; недовольство врачом; неожиданно возникшие страхи или тревоги; неоправданные ожидания; недостаточное наблюдение, обучение и врачебный контроль; раздражение больного по поводу своего состояния или соответствующего лечения; недооценка тяжести заболевания; культурные аспекты; нежелание показаться больным; забывчивость или самоуспокоенность; отношение больного к заболеванию; религиозные аспекты.

Изучая уровень кооперации (синоним ПЛ) больных БА, Н. А. Бушуева с соавт. проанализировали влияние на него демографических и социальных факторов. В ходе исследования было установлено, что кооперация у женщин, страдающих БА, была

достоверно выше, чем у мужчин; у лиц с высшим образованием – выше относительно лиц со средним образованием. Большая численность семьи, высокий материальный достаток, профессиональная занятость оказывали положительное влияние на уровень кооперации больных БА, а высокая стоимость лечения – отрицательное. Установлено также улучшение кооперации по мере усугубления тяжести БА. В других исследованиях установлено отрицательное влияние на ПЛ у больных БА длительности заболевания [7].

Имеется обратная зависимость между такими показателями, как количество принимаемых препаратов и приверженность к лечению. Это связано с тремя основными причинами: 1) субъективным неприятием больного, включая страх относительно большого количества препаратов и, соответственно, некорректный их прием; 2) большей стоимостью терапии, являющейся многокомпонентной; 3) сложностью режима приема и, соответственно, большей вероятностью отклонений (например, при увеличении количества принимаемых таблеток в день от одной до четырех вероятность соблюдения приверженности снижается вдвое) [1].

Убедительно доказано, что прием препаратов однократно в сутки имеет лучшую ПЛ, чем двукратный прием, и тем более многократный. У больных БА эти вопросы изучены в многочисленных исследованиях, показавших преимущество приема в едином ингаляторе препаратов ИГКС и длительно действующих β_2 -агонистов [10].

Данные целого ряда клинических исследований доказали, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного к данному лечению. Также было показано, что меньшее число смен препаратов оказывает позитивный психологический эффект на больного и способствует его комплаентности. Так, если в течение первых 6 месяцев лечения наблюдалось только одно изменение в терапии, то количество некомплаентных пациентов в последующие 6 месяцев составило лишь 7%. Если терапия изменялась дважды, то соответствующее уменьшение приверженности было уже в пределах 25% [4]. В этом отношении ситуация по лечению бронхиальной астмы очень благоприятна, так как современные комбинированные препараты практически наверняка гарантируют клиническую эффективность. Здесь даже более вероятно снижение комплаенса из-за исчезновения симптомов и возникновения иллюзии полного выздоровления. Так, по данным А. А. Пунина и Н. Е. Кисловой (2004 г.), по результатам опроса больных астмой, врачебные назначения строго выполняли 16% пациентов, частично – 18% и не следовали рекомендациям 66% больных. При этом в качестве причины нарушения режима терапии в 52% отмечались финансовые затруднения, в 44% – ликвидация симптомов и лишь в 4% – отсутствие эффекта.

Несмотря на то, что согласно современным данным основной путь введения препаратов астматикам является ингаляционный, больные БА отдают большее предпочтение таблетированным лекарственным формам. Это, по понятным причинам, существенно осложняет обеспечение оптимального контроля заболевания. Так, по данным С. Jones с соавт. (2003), приверженность к монтелукасту составила 67,7% против 33,8% у ИГКС и 40,1% у β_2 -агонистов длительного действия. В исследовании J. Sherman с соавт. (2001) предпочтение оральному теофиллину отдали 72% больных БА против 61% у ИГКС.

Вопрос оценки комплаенса до сих пор не решен. Используются определение уровня лекарств или их метаболитов в биологических жидкостях, подсчет количества «неизрасходованных» больным таблеток, учет выписанных рецептов. Для больных БА разработаны «интеллектуальные» ингаляторы с функцией напоминания и регистрации принятых доз: Turbohaler Inhalation Computer, Doser ST, Smartinhaler™. Эти устройства через стыковочные станции могут быть связаны с персональным компьютером, специальное программное обеспечение которых позволяет не только оптимизировать контроль за ПЛ, но и с помощью аудиовизуального напоминания увеличить на 18–20% прием предписанных больному ИГКС [16]. Для практической медицины эти методы обременительны, поэтому на практике кооперативность чаще оценивается при распросе больного.

Недостаточная ПЛ при БА может быть установлена, используя специальные тесты, состоящие из вопросов, на которые пациенту или членам его семьи предлагается несколько вариантов ответов с соответствующим числом баллов: Medication Adherence Report Scale, Adherence Schedule in Asthma, а также шкала Morisky [13, 24].

Выполнение врачебных рекомендаций, очевидно, связано с проблемой ятрогении. И в этой ситуации ответственность несут как врач, так и пациент. Развитие ятрогенной патологии возможно и в результате технически правильных и обоснованных медицинских воздействий. Так, факт развития агранулоцитоза при приеме амидопирин доказан через 35 лет применения препарата в клинической практике.

По препаратам, используемым в лечении астмы, также постоянно идет накопление информации по потенциальному развитию нежелательных лекарственных реакций. Так, согласно данным исследования, проведенного в Великобритании, с применением глюкокортикоидов «per os», помимо всего прочего, связан повышенный риск развития рака мочевого пузыря. Риск отнесен к категории «статистически значимый» при приеме глюкокортикоидов внутрь, но не в ингаляционной форме. Примечательно, что риск значительно повышался у пациентов, которые принимали глюкокортикоиды в течение 2 лет в суточной дозе > 50 мг. А бук-

вально тридцать лет назад в России мы жили в эру системных стероидов при бронхиальной астме, когда практически все больные получали препараты этой группы.

1940–1960 гг. – время активного использования в лечении БА адреналина, изопреналина и эфедрина, которые с одной стороны эффективно купировали симптомы заболевания, а с другой – привели к волне внезапных смертей от астмы в странах Западной Европы, в частности в Великобритании. И сейчас FDA напоминает, что β -адреномиметики длительного действия нельзя применять самостоятельно для лечения астмы, только в сочетании с лекарственными средствами базисной терапии, контролирующими течение астмы.

Особое значение ПЛ имеет у больных БА в связи с необходимостью длительного и постоянного приема ИГКС. Стероидофобия – одна из важных причин плохой ПЛ. Так, в двухгодичном контролируемом исследовании L. Williams с соавт. установлено, что приверженность больных к приему ИГКС не превышала 50%, что высоко коррелировало с числом госпитализаций по поводу тяжелых обострений БА. По данным В. Bender с соавт., уровень ПЛ у больных БА находится в пределах от 30 до 70%. По результатам опроса 5580 больных астмой о приеме ИГК [22] 54% больных принимали препарат в соответствии с назначениями врача.

Стероидофобия постепенно уходит с учетом низкой системной активностью ИГКС. Но опять же не все так безоблачно. По новым данным Европейского медицинского агентства (ЕМЕА, 2011), на основании анализа системных побочных реакций, а также биологических эффектов ИГКС, регулярное использование данных лекарств может быть ассоциировано с риском развития психических или поведенческих отклонений.

В качестве яркой иллюстрации ятрогении можно привести данные амбулаторной карты пациента П., 1930 г.р., от 23.01.2006 г., одной из поликлиник г. Смоленска. Больной наблюдался в лечебном учреждении с диагнозом:

Осн.: Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение.

Фон: ХОБЛ, тяжелое течение. Эмфизема. Пневмосклероз.

Осл.: ДНП–III ст. ХЛС. НП А–Б.

Соп.: Артериальная гипертония, риск С. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Назначено лечение: режим – амбулаторный, серетид 25/250 по 2 вдоха 2 раза в сутки, спирива 1 вдох 1 раз в сутки, беродуал 2 вдоха 2 раза в сутки, вентолин (при приступе удушья), теофедрин ½ таблетки 2 раза в сутки. В итоге назначенными оказались сразу 5 (!) бронходилататоров не считая теофедрина, а для всего класса этих препаратов в большей или меньшей степени характерно неблагоприятное влияние на сердце (тахикардия, провоцирование ишемии, проаритмогенное воз-

действие). Больной при этом оказался высоко комплаентным и скрупулезно выполнял все назначения. Как результат: 03.05.2006 г. в диагнозе в качестве основного заболевания уже выставлена ИБС (стабильная стенокардия напряжения ПФК. Атеросклеротический кардиосклероз) с осложнениями: мерцательная аритмия и недостаточность кровообращения IIА стадии.

Некоторые больные отказываются от лечения или не соблюдают медицинских рекомендаций в процессе терапии вследствие негативного отношения к лекарствам («лекарства – это яд», «лекарства могут повредить здоровью», «нужно лечиться природными средствами»).

В формировании у пациентов подобного восприятия лекарств и медицины в целом велика наша роль. В качестве иллюстрации можно привести фрагмент научного медицинского труда «О расширении легких (т.е. эмфиземе)» корифея Российской медицины С. П. Боткина (С. – Петербург, 1899 г.): «Наконец, мы не можем не упомянуть и о пользе въ такихъ случаяхъ препаратовъ дегтя... Изъ этихъ препаратовъ для бедного человека удобнее всего, конечно, будетъ дегтярная вода, которую онъ приготавливать можетъ самъ, взбалтывая деготь съ водой...». Как раз исследование данному лечению (т.е. низкий комплаенс) защитит пациента от высоковероятной ятрогении.

На решение в том числе проблемы неэффективности терапии, как одного из факторов, снижающих ПЛ, направлена ориентация современной медицины на доказательную базу при разработке алгоритмов лечения.

К мерам, которые могут привести к улучшению приверженности к лечению, можно отнести также общегосударственные мероприятия, изменение общественного сознания, изменение системы финансирования. В этом отношении бронхиальная астма находится практически в идеальной ситуации, когда все астматики либо по федеральной, либо по региональной льготе бесплатно обеспечиваются и базисными, и симптоматическими препаратами. В связи с этим практически устранен важнейший фактор снижения комплаенса у больных астмой – стоимость препаратов.

Организация медицинской помощи играет важную роль в формировании терапевтического сотрудничества. Уровень комплаенса связан с регулярностью медицинских осмотров. Описан так называемый феномен белого халата: больные лучше соблюдают лекарственные назначения в течение недели до посещения врача и после него [15]. Поэтому при планировании терапевтической программы большое значение должно уделяться диспансерному наблюдению с частыми осмотрами. В данном случае необходимость астматика ежемесячно приходить на прием к врачу хотя бы просто за рецептом на препарат и дисциплинирует пациента, и позволяет доктору (пусть и очень поверхностно) судить о комплаенсе.

Большую роль в формировании комплаенса играют взаимоотношения врача и больного. Приказной тон и безапелляционная позиция в отношении выбранного лечения полезна лишь у ограниченного числа больных. Очень важно активное участие пациента в разработке плана терапии, учет его мнения при выборе лечения. При соблюдении этого условия у больного появляется чувство ответственности за успех терапии, и он будет лучше следовать совместно выработанной тактике лечения.

Интересные результаты получили В. В. Солондаев и Д. В. Сумеркина (2011) при изучении роли личностных черт доктора в достижении комплаенса. Оказалось, что доброта врача может быть желательной для пациента, но не связана прямо с комплаентным поведением – по мере роста доброты у пациентов растет как истинная, так и ложная комплаентность. Кроме того, обнаружилось, что ожидания больного от лечения и комплаенс, которые вроде бы можно интерпретировать как две стороны одного психологического феномена, оказались эмпирически независимы. Наблюдается лишь опосредованная связь, проявляющаяся в двух разнонаправленных взаимосвязях с параметром серьезности в профессиональной самооценке врача: серьезность – позитивные ожидания от лечения и серьезность – комплаенс.

Для улучшения ПЛ при БА необходимо развитие сотрудничества между пациентом и медицинскими работниками. Цель такого сотрудничества – дать возможность больному приобрести знания, навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Важно научиться избегать воздействия факторов риска; правильно принимать лекарства; понять разницу между базисными препаратами и препаратами неотложной помощи; мониторировать свое состояние, учитывая симптомы болезни (в идеале – измеряя пиковую скорость выдоха) [17].

Образовательные программы направлены на предоставление больному информации о заболевании, его причинах, последствиях, методах лечения, обучение больного способам распознавания ухудшения состояния и особенностям поведения в связи с болезнью. На таком принципе основаны школы больных диабетом, гипертонической болезнью, шизофренией, которые создаются на базе медицинских учреждений и предполагают занятия больных в группе. Не является исключением в этом плане и бронхиальная астма. По данным Н. А. Бушуевой (2000), уровень кооперативности в России по бронхиальной астме именно среди респондентов астмашкол составлял 65%.

Каждый пациент в той или иной мере нарушает (не соблюдает) рекомендации его лечащего врача. Причем эти нарушения можно пытаться обобщать. Большая часть пациентов ежедневно принимает все дозы препарата, но с некоторыми нарушениями регулярности. При назначении длительно действующего препарата это не оказывает существенного влияния на эффективность те-

рапии. Другие больные периодически забывают принимать отдельные дозы препарата. Зачастую здесь тоже «выручают» препараты с пролонгированным периодом действия. Некоторые пациенты устраивают себе перерывы в приеме препарата по различным причинам. В данном случае желателен препарат, в том числе, не имеющий синдрома отмены. Часть больных ежемесячно или даже чаще устраивают «разгрузочные» дни без лекарств, а то и вообще не принимают назначенного лечения, но могут создавать впечатление хорошей приверженности к терапии. Следует отметить, что «чистые» шаблоны плохой приверженности к лечению встречаются редко; большинство пациентов периодически сменяют их, но все равно остаются в то или иной мере не приверженными к терапии [19].

Таким образом, проблема приверженности к лечению в современной медицине становится одной из ведущих и требует к себе самого пристального внимания, особенно у хронических больных. Бронхиальная астма, учитывая наличие высокоэффективных препаратов и государственного финансирования, находится в этом плане в максимально благоприятной ситуации.

Абсолютная приверженность к лечению, когда больной в точности соблюдает все предписания, является практически недостижимой; таких пациентов невозможно встретить в реальной клинической практике. При любом хроническом заболевании употребление 80% назначенных врачом лекарств можно считать хорошей приверженностью.

С целью повышения приверженности лечению необходимо использовать следующие правила:

- четко озвучивать цели лечения. Если больной не знает или не понимает необходимости лечения, он будет саботировать прием лекарств;
- обращать внимание на образ жизни пациента. Если он пьет препараты, но имеет излишний вес и объедается, либо в случае с астмой – курит, то одними лекарствами проблему никогда не решить;
- пытаться привлечь пациента к созданию плана лечения (крайне сложно в условиях дефицита времени на приеме);
- обсуждать вероятность побочных эффектов от принимаемых препаратов;
- назначать фиксированные комбинации и ретардные формы, если это возможно, что позволит сделать лечение более понятным и менее забываемым;
- объяснить пациенту методику, как не забывать принять лекарства ежедневно. Например, предложить совместить прием препаратов с ежедневно выполняемыми ритуалами (чистка зубов и т.д.);
- выдавать понятные рекомендации, в идеале – в виде напечатанных инструкций;
- учитывать финансовые возможности пациента. При низком доходе просто необходимо подумать о более дешевых, но эффективных аналогах. Но при этом, какую сумму тратить на лечение, должен решить сам пациент.

И, наконец, следует помнить, что само по себе внимание врача к проблеме «приверженности к терапии», соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствуют его повышению.

Список литературы

1. Андреева Г. М. Социальная психология. – М.: Аспект пресс, 2010. – 362 с.
2. Белевский А. С. Взгляд на пациента с точки зрения пациента: исследование INSPIRE. // *Consilium medicum*. – 2007. – № 3. – С. 40–44.
3. Бушуева Н. А. Сравнительный анализ факторов кооперативности больных бронхиальной астмой. // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 53–61.
4. Гуревич К. Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию // *Качественная клиническая практика*. – 2003. – № 4. – С. 53–58.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
6. Ненашева Н. М. Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой в условиях клинической практики // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*. – 2007. – № 1. – С. 36–39.
7. Солдатченко С. С., Дониц С. Г., Игнатонис И. П. Приверженность к лечению больных бронхиальной астмой: современное состояние вопроса. Огляди літератури // *Український пульмонологічний журнал*. – 2008, – № 2 – С.35–38.
8. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984. – 191 с.
9. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. – Будапешт: Издательство АН Венгрии, 1988. – 338 с.
10. Чучалин А. Г., Цой А. Н., Архипов В. В. Симбикорт (будеснид/формотерол): одновременное применение в качестве базисной терапии и для купирования симптомов бронхиальной астмы // *Пульмонология*. – 2007. – № 2. – С. 98–103.
11. Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. и участники регистра Рекорд. Лечение больных с острым коронарным синдромом в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инвазивных коронарных процедур // *Кардиология*. – 2010. – № 7. – С. 8–20.
12. Яльцева Н. В., Речкина Е. В., Филатова Ю. С., Коршунов Н. И. Изменение отношения к болезни у пациентов ревматологического профиля на фоне терапии антидепрессантами // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. – 2007. № 3. – С. 12–14.

13. Baiardini I. Adherence to Treatment: Assessment of an Unmet Need in Asthma // *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.* – 2006. – V.16. – P. 218–223.
14. Bateman E. Can guideline defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study // *Am. J. Resp. Crit. Care Med.* – 2004. – V.170. – P. 836–844.
15. Bosley C., Fosbury J., Cochrane G. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma // *Eur. Resp. J.* – 1995. – V.8. – P. 899–904.
16. Charles T. An audiovisual reminder function improves adherence with inhaled corticosteroid therapy in asthma // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2007. – V.119. – P. 811–816.
17. Cote J. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on selfmanagement plans following treatment optimization // *Am. J. Resp. Crit. Care Med.* – 1997. V.155. – P. 1509–1514.
18. DiMatteo M. R., Giordani P. J., Lepper H. S., Croghan T. W. Patient adherence and medical treatment outcomes – a meta-analysis // *Med. Care.* 2002. – V.40, N9. – P. 794–811.
19. DiMatteo M. R. Variations in patient's adherence to medical recommendations – a quantitative review of 50 years of research // *Med. Care* 2004. – V.42, N3. – P. 200–209.
20. Jones C. Adherence to prescribed treatment for asthma: evidence from pharmacy benefits data // *J. Asthma.* – 2003. – V.40. – P. 93–101.
21. Horne R., Weiman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness // *Psychosom. Res.* 1999. – V.47. – P. 555–567.
22. Legorreta A. P., Christian-Herman J., O'Connor R.D., et al. Inhaled corticosteroid therapy in asthma // *Arch Intern Med.* – 1998. – V.58. – P. 457–464.
23. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation // *Am. J. Manag Care.* 2003. – V.9, N2. – P. 155–71.
24. Ohm R., Aaronson L. Symptom perception and adherence to asthma controller medications // *J. Nurs. Scholarsh.* – 2006. – V.38. – P. 292–297.
25. Rabe K. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study // *Eur. Resp. J.* – 2000. – V.16. – P. 802–807.
26. Riekert K. Corticosteroid use after hospital discharge among high risk adults with asthma // *Amer. J. Resp. Crit. Care Medicine.* – 2004. – V.170. – P. 1281–1285.
27. Simpson S. A metaanalysis of the association between adherence to drug therapy and mortality // *BMJ.* – 2006. – N 333. – P. 15.
28. Wallenstein G. V., Carranza-Rosenzweig J, Kosinski M, et al. Psychometric comparison of three patient – based measures of asthma control // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2007. – N23, P. 369–377.
29. Солондаев В. В., Сумеркина Д. В. COMPLIANCE в общении врач–больной // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2011. – N 4. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 01.04.2012).
30. Тарасенко Е. В., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Приверженность к длительному лечению пациентов и факторы на нее влияющие // *Фундаментальные исследования.* – 2007. – N9. – С. 57–58. – URL: www.rae.ru (дата обращения: 11.04.2012).