



Мамбетниязов Кеунимжай


базовый докторант Республиканского
специализированного научно-практического
медицинского центра фтизиатрии и
пульмонологии имени Ш.А. Алимова, г.
Ташкент, Узбекистан

Ливерко Ирина Владимировна

заместитель директора по научной
работе и инновациям Республиканского
научно-практического медицинского
центра фтизиатрии и пульмонологии
имени Ш.А. Алимова,
Ташкент, Узбекистан

НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ –ПРОБЛЕМА МЕНЕДЖМЕНТА И КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

For citation: Mambetniyazov K., Liverko I.V. LOW ADHERENCE TO TREATMENT IS A PROBLEM OF MANAGEMENT AND CONTROL OF BRONCHIAL ASTHMA. Journal of cardiorespiratory research. 2023, vol 4, issue 2, pp.66-72

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8115089>

АННОТАЦИЯ

В целях изучения приверженности лечения больных бронхиальной астмой (БА) использован вопросник количественной оценки приверженности лечению (КОП 25), позволивший оценить индикаторы «важности» и «готовности» по составляющим «лекарственной терапии», «медицинскому сопровождению» и «модификации образа жизни», которые у больных БА оказались низкими, составляя от 42% до 68% максимально возможного уровня.

По результатам собственного исследования уровень приверженности лекарственной терапии у 100% больных БА является низким, составляя лишь 20,9%, что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Уровень приверженности медицинского сопровождения у 24% больных БА имел средний уровень (выше 50%, но меньше 75%), что определяло, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут, и 76% больных имели низкий уровень приверженности медицинского сопровождения. Уровень приверженности модификации образа жизни у 4% больных имел средний уровень и у 96% - низкий уровень. Показатель интегральной приверженности лечению у 100% больных имел уровень низкой приверженности менее 50%, составляя лишь 29%, характеризуя, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут.

Сравнительная характеристика факторов, обуславливающих низкий уровень приверженности пациентов БА к медицинским программам лечения, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни, не дает статистически достоверных различий в когортных группах исследования с не модифицируемыми барьерами, включая пол, возраст, образование, социальный статус, стаж заболевания и тяжесть обструктивных нарушений.

Повышение приверженности лечению обеспечивает более высокую пациент-ориентированную эффективность оказания медицинской помощи пациентам, что будет способствовать повышению качества и продолжительности жизни больных и в значительной степени определять результат терапии и контроль над хроническим заболеванием.

Ключевые слова: важность, готовность и приверженность лекарственной терапии, важность, готовность и приверженность медицинского сопровождения, важность, готовность и приверженность модификации образа жизни, показатель интегральной приверженности лечения.

Mambetniyazov Keunimjay

basic doctoral student of the Republican
specialized scientific and practical
medical center of phthiisology and
pulmonology named after Sh.A. Alimova, Mrs.
Tashkent, Uzbekistan

Liverko Irina Vladimirovna

deputy director for scientific
work and innovation of the Republican
scientific and practical medical

LOW ADHERENCE TO TREATMENT – A PROBLEM OF MANAGEMENT AND CONTROL OF BRONCHIAL ASTHMA

ANNOTATION

In order to study the adherence to treatment of patients with bronchial asthma (BA), a questionnaire for the quantitative assessment of adherence to treatment (COP 25) was used, which made it possible to evaluate the indicators of "importance" and "readiness" for the components of "drug therapy", "medical support" and "lifestyle modification", which in patients with BA turned out to be low, ranging from 42% to 68% of the maximum possible level.

According to the results of our own study, the level of adherence to drug therapy in 100% of BA patients is low, amounting to only 20.9%, which means that patients will not or most likely will not follow medical recommendations and actions based on them. The level of adherence to medical support in 24% of patients with asthma had an average level (above 50%, but less than 75%), which determined that medical recommendations and actions based on them would be carried out by patients more likely than not, and 76% of patients had a low level commitment to medical support. The level of adherence to lifestyle modification in 4% of patients had an average level and in 96% - a low level. The indicator of integral adherence to treatment in 100% of patients had a low adherence level of less than 50%, amounting to only 29%, characterizing that medical recommendations and actions based on them will not be followed by patients or most likely will not be.

Comparative characteristics of the factors that determine the low level of adherence of asthma patients to medical treatment programs, medical support and lifestyle modification do not provide statistically significant differences in study cohort groups with non-modifiable barriers, including gender, age, education, social status, disease duration and severity obstructive disorders.

Increasing adherence to treatment provides a higher patient-oriented efficiency in the provision of medical care to patients, which will contribute to improving the quality and life expectancy of patients and to a large extent determine the outcome of therapy and control of a chronic disease.

Key words: importance, readiness and adherence to drug therapy, importance, readiness and adherence to medical support, importance, readiness and adherence to lifestyle modification, indicator of integral adherence to treatment.

Mambetniyozov Keunimjay Seysenbayevich

Sh.A. Alimov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan
ftiziatrya va pulmonologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi tayanch doktoranti,
Toshkent, O'zbekiston

Liverko Irina Vladimirovna

Sh.A. Alimov nomidagi Respublika ftiziatrya
va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining
ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo'yicha direktor o'rinbosari,
Toshkent, O'zbekiston

DAVOLANISHGA PAST MOYILLIK – BRONXIAL ASTMANI BOSHQARISH VA NAZORAT QILISH MUAMMOSI

ANNOTATSIIYA

Bronxial astma (BA) bilan og'rigan bemorlarni davolashga rioya qilishni o'rganish uchun davolanishga rioya qilishni miqdoriy baholash uchun so'rovnoma (COP 25) qo'llanildi, bu "ahamiyat" va "tayyorlik" ko'rsatkichlarini baholashga imkon berdi. BA bilan og'rigan bemorlarda "dori terapiyasi", "tibbiy yordam" va "turmush tarzini o'zgartirish" komponentlari asosida past ko'rsatkichlarni tashkil qildi va maksimal ko'rsatkichdan 42% dan 68% gacha bo'lgan miqdorni tashkil qildi.

Tadqiqotning natijalariga ko'ra, BA bilan bemorlarining 100% dori terapiyasiga rioya qilish darajasi past bo'lib, atigi 20,9% ni tashkil qiladi, bu bemorlar tibbiy tavsiyalar va ularga asoslangan harakatlarga rioya qilmaydi, yoki katta ehtimol bilan rioya qilmaydi degan ma'noni anglatadi. Astma bilan kasallangan bemorlarning 24% tibbiy yordamga rioya qilish darajasi o'rtacha darajaga ega (50% dan yuqori, ammo 75% dan kam), bunda tibbiy tavsiyalar va ularga asoslangan harakatlarga bemorlar tomonidan rioya qilish ehtimoli yo'qligidan ko'ra ko'proqligi va bemorlarning 76%i tibbiy yordamga rioya qilishi past darajada ekanligi qayd etildi. Bemorlarning 4% turmush tarzini o'zgartirishga rioya qilish darajasi o'rtacha darajaga, 96% esa past darajaga egaligi aniqlandi. Bemorlarning 100% davolanishga integral rioya qilish ko'rsatkichi atigi 29% ni tashkil qilib, 50% dan kam past rioya qilish darajasiga ega, tibbiy tavsiyalar va ularga asoslangan harakatlar bemorlar tomonidan bajarilmasligi yoki katta ehtimollik bilan bajarilmasligi bilan tavsiflanadi. BA bemorlarining tibbiy davolanish dasturlariga, tibbiy yordamga va turmush tarzini o'zgartirishga rioya qilishning past darajasini belgilovchi omillarning, shu jumladan jins, yosh, ma'lumot, ijtimoiy maqom, kasallikning davomiyligi va obstruktiv buzilishlarning og'irligi kabi o'zgartirilmaydigan to'siqlarga ega bo'lgan tadqiqot kogort guruhlarida statistik jihatdan muhim farqlarni ta'minlamaydi.

Davolashga rioya qilishning ortishi bemorlarga yo'naltirilgan tibbiy yordam ko'rsatishning yuqori samaradorligini ta'minlaydi, bu bemorlar hayot sifati va umr ko'rish davomiyligini yaxshilashga yordam beradi va sezilarli darajada surunkali kasallikni davolash va nazorat qilish natijalarini belgilaydi.

Kalit so'zlar: muhimlik, tayyorlik va dori terapiyasiga rioya qilish, muhimlik, tayyorlik va tibbiy yordamga majburiyat, muhimlik, tayyorlik va turmush tarzini o'zgartirishga majburiyat, davlashga yaxlit rioya qilish ko'rsatkichi.

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, которым в мире страдает около 300 млн человек [GINA, 2019], определяя значимое медико-социальное бремя для системы здравоохранения государств.

В изречении Парацельса определено, что «три вещи образуют медицину: болезнь, больной и врач. Любое врачебное искусство будет напрасным, если больной не будет сотрудничать со своим врачом». Проблема комплаентности или добросовестного

соблюдения назначений и рекомендаций врача в ходе лечебных, а особенно профилактических, мероприятий в наши дни также остается актуальной и требующей серьезного отношения в любой отрасли медицины.

Под приверженностью лечению понимают степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача, в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты, изменения образа жизни и посещения врача [WHO, 2003]. Приверженность рассматривается как важная

терапевтическая составляющая при многих заболеваниях, так как является фактором, влияющим на эффективность терапии, затраты на лечение, риск развития осложнений и прогноз. Ежегодно из-за последствий низкой комплаентности, по данным американских медиков, погибают 125 000 пациентов с различными заболеваниями. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением назначений лечащего врача [Binhas E., 1999]. Отсутствие приверженности терапии у пациентов с хроническими заболеваниями достигает 50% и выше [Лукина Ю.В. с соавт., 2017; Cowell W. et al., 2005; Chowdhury R. et al., 2013]. Особо остро вопрос приверженности стоит у больных БА ведущей хронической бронхообструктивной патологией, требующей пожизненного использования ингаляционных лекарственных средств постоянно или по необходимости в зависимости от тяжести заболевания. По данным когортного исследования 69 тыс. участников до 20% больных БА имели первичную неприверженность [Wu A.C. et al., 2015], среди пациентов с БА, получавших ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), приверженность лечению была со стороны 47–57% [Визель А.А. с соавт., 2019; Normansell R., et al., 2017]. Низкая приверженность при БА означает недостаточное применение базисных препаратов и, напротив, избыточное использование скоропомощных препаратов – короткодействующих бета-2-агонистов (КДБА) [Ненашева Н.М., 2014]. Наряду с медикаментозной терапией больным БА даются рекомендации, связанные с их поведением и образом жизни: прекращение курения, адекватная физическая активность, улучшение экологии жилища и работы, ежедневная пикфлоуметрия, слежение за своей массой тела и др., неследование которым тоже служит проявлением неприверженности рекомендациям врача [George M., 2018].

Низкая приверженность к лечению является одной из причин плохого контроля БА и высокого риска развития обострений, а также влияния на эмоциональное состояние, возможность выполнения физических нагрузок, социальную адаптацию пациента [Ненашева Н.М., 2014; Urek M.C. et al., 2005; Tudorić N. et al., 2005; Mishra R. et al., 2017].

Прогнозировать плохую приверженность сложно, поскольку типичного неприверженного пациента не существует и низкая приверженность обычно обусловлена множеством факторов, в частности характеристиками пациента и внешними факторами, не связанными с больным [McQuaid E.L., 2018]. Следует помнить о том, что плохая приверженность лечению — скорее норма человеческого поведения, чем какая-то личная особенность.

Пациенты могут просто не отдавать себе отчет в том, что они плохо соблюдают предписанные рекомендации по приему препаратов, особенно если речь идет о многократном приеме в течение суток [Lahdenpera T.S. et al., 2003]. Факторы, связанные с пациентом – это низкий уровень общей или медицинской грамотности; отсутствие знаний о болезни и ее лечении; недоверие к назначениям; предоставление ребенку самостоятельности в лечении; когнитивные нарушения; убеждения о лечении или болезни, противоречащие медицинской модели; отсутствие мотивации; забывчивость [George M., 2018].

Повышение приверженности лечению должно первоначально основываться на изучении факторов, ассоциированных с приверженностью, позволяющие выявлять пациентов с риском низкой приверженности лечению, обеспечивать более высокую пациент-ориентированную эффективность оказания медицинской помощи пациентам, что будет способствовать повышению качества и продолжительности жизни больных и в значительной степени определяет результат терапии и контроль над хроническим заболеванием.

Цель исследования: изучить составляющие приверженности лечения у больных бронхиальной астмой в рамках усиления менеджмента контроля над заболеванием.

Материал и методы исследования. Исследование выполнялось в отделении пульмонологии РСНПМЦФиП МЗ РУз путем комплексного клинико-функционального обследования и анкетирования по оценке приверженности 50 больных бронхиальной астмой (GINA, 2019). Средней возраст анкетированных составил 59,6 лет, женщин - 27 (54%) и мужчин - 23 (46%).

В анкетировании приняли участие 50 больных бронхиальной астмой (БА), из которых у 14(28,0%) было среднетяжелое и у 35(70,0%) – тяжелое течение. Стаж заболевания – 12,6 лет, с частотой обострений до 4-5 раз в год и обострений, требующих госпитализаций до 2-3 раз в год. Длительность использования ингаляционной терапии, в среднем, составляла 8 лет, где в 56% используются дозированные аэрозольные ингаляторы и в 24% – порошковые ингаляторы.

В таблице 1 представлены медико-социальные параметры пациентов, включенных в анкетирование, где учитывались пол, возраст, социальный статус, образование, стаж заболевания, частота обострений и госпитализации, стаж приема ингаляторов и его типы.

Таблица 1

Медико-социальная характеристика пациентов, (n=50)

Параметры		N	±m
Возраст, лет		50	59,6±1,7
Пол,%	Мужчины	23	46,0±7,0
	Женщины	27	54,0±7,0
Социальный статус,%	Пенсионер	16	32,0±6,6
	Инвалид	32	64,0±6,8
	служащий	1	2,0±2,0
	Временно неработающий	1	2,0±2,0
Образование,%	Высшее	8	16,0±5,2
	Средне-специальное	32	64,0±6,8
	Средняя школа	10	20,0±5,6
Семейное положение, %	Живут в семье	50	100
Стаж заболевания, лет		50	12,6±1,2
Стадия заболевания,%	II	1	2,0±2,0
	III	14	28,0±6,3
	IV	35	70,0±6,5
Частота обострений в год, раз		50	4,3±0,3
Число обострений, требующих госпитализации в год, раз		50	2,7±0,2
Длительность ингаляционной терапии, лет			8,0±1,0
Дозированный аэрозольный		28	56,0±7,0

Тип использования ингаляционных средств доставки, %	Порошковый	12	24,0±6,0
	Устройства легкого дыхания	4	8,0±3,8
	Небулайзер	2	4,0±2,8
	Не используют ингаляторы	4	8,0±3,8

Для оценки приверженности нами использован вопросник количественной оценки приверженности лечению (КОП 25), включающий 25 вопросов с вариантами ответов в баллах: от 1 («совершенно не важно», «очень сложно» и «ни за что не буду») до 6 («очень важно», «совершенно несложно», «обязательно буду») баллов (Николаев Н.А. с соавт., 2018). Анкета позволяет вычислять индикаторы: «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому сопровождению», «готовность к модификации образа жизни». Каждый индикатор представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы, таким образом, минимально возможное значение каждого индикатора составляет 5 баллов, а максимально возможное – 30 баллов.

Показатели «приверженность лекарственной терапии», «приверженность медицинскому сопровождению», «приверженность модификации образа жизни» рассчитывали по формуле:

$$ПП=1 \div (30 \div iv)_2 \times (60 \div ig) \times 100,$$

где ПП показатель приверженности; iv – индикатор важности; ig – индикатор готовности, выраженную в процентах от теоретически возможной, и принятой за 100%.

Показатель интегральной приверженности лечения рассчитывали по формуле:

$$ПИП=(Плт + 2Пмс + 3Пмож) \div 6,$$

где ПИП показатель интегральной приверженности; Плт – приверженность лекарственной терапии; Пмс – приверженность медицинскому сопровождению; Пмож – приверженность модификации образа жизни

Статистический анализ результатов выполняли с помощью пакета статистических программ Microsoft Office Excel-2003 и Statistica 6.0 с использованием стандартных методов описательной статистики.

Результаты исследования. Анализ ситуационных характеристик опроса, представленных в таблице 2, показал, что для подавляющего большинства больных БА **сложно** выполнять

рекомендации такие как: прием лекарства, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет (72%); прием лекарства, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет (98%); прием несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет (100%); каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни (94%); из за болезни изменить привычный образ жизни (88%); переносить неприятные ощущения из за приема лекарственных средств (92%); пойти на ограничение привычной жизни, активного отдыха и развлечения (98%). Также результатами опроса отмечено, что большинство больных **не будут точно** выполнять рекомендации: прием лекарства, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет (78%); прием лекарства, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет (98,0); прием несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет (100%); каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни (100%); прием назначенных лекарств, которые вызывают неприятные ощущения (74,0%); связи с болезнью изменить привычный образ жизни (80%). Данные опроса больных БА, имеющих заболевание хронического течения, показали, что для них **важно**: знать, какими признаками проявляется заболевание (90%); не ощущать проявления болезни (98%); получить или подтвердить группу инвалидности (96%); знать результаты всех анализов (96%).

Отмечается выраженный диссонанс у больных БА в осознании важности рекомендаций врача со сложностью и готовность следовать/либо реализовать эти рекомендации.

Индикаторы «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому сопровождению», «готовность к модификации образа жизни», представляющие собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы, таким образом, имели минимально возможное значение каждого индикатора до 5 баллов, а максимально возможное – до 30 баллов.

Таблица 2

Ситуационная характеристика оценок приверженности у пациентов бронхиальной астмы

	Ситуация	Частота градаций оценок (от 1 до 6 баллов), %	
		Не важно (1-3 балла)	Важно (4-6 балла)
1	Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	5 (10,0)	45 (90,0)
2	Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		36 (72,0)	14(28,0)
3	Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		49(98,0)	1(2,0)
4	Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		50 (100,0)	-
5	Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		47 (94,0)	3(6,0)
6	Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	Не важно (1-3 балла)	Важно (4-6 балла)
		1(2,0)	49 (98,0)
8	Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		44 (88,0)	6 (12,0)
9	Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		13 (26,0)	37(74,0)

10	Хроническая болезнь может привести к инвалидности. Насколько важно для вас получить или подтвердить группу инвалидности?	Не важно (1-3 балла)	Важно (4-6 балла)
		2 (4,0)	48 (96,0)
11	Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	Не важно (1-3 балла)	Важно (4-6 балла)
		2(4,0)	48(96,0)
13	Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		13 (26,0)	37 (74,0)
14	Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		46 (92,0)	4(8,0)
15	Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		49 (98,0)	1(2,0)
16	Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		39(78,0)	11(22,0)
17	Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		49(98,0)	1(2,0)
18	Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		50 (100,0)	-
19	Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		50 (100,0)	-
20	Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		37(74,0)	13(26,0)
22	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		40(80,0)	10(20,0)
23	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		19(38,0)	31(62,0)
24	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		1(2,0)	49(98,0)
25	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		2(4,0)	48(96,0)

Результаты исследования показали, что данные индикаторы, в целом, в когорте больных БА, имели низкие баллы, где важность «лекарственной терапии» -14,2 балла, «к медицинскому сопровождению» - 20,3 балла, «модификации образа жизни» - 18 баллов, готовность «лекарственной терапии» -12,6 балла, «к медицинскому сопровождению» - 17,0 балла, «модификации

образа жизни» - 18,1 баллов, что составляло от 42% до 68% максимально возможного значения (табл.3).

Анализируя индикаторы важности лекарственной терапии и готовности ей следовать, составляющие у больных БА, в среднем 14,2 и 12,6 балла соответственно,

Таблица 3

Характеристика индикаторов важности и готовности к действиям приверженности в различных когортных группах больных бронхиальной астмой

Факторы		n	Важность, балл						Готовность к, балл					
			Лекарственной терапии		Медицинского сопровождения		Модификации образа жизни		Лекарственной Терапии		медицинскому сопровождению		Модификации образа жизни	
			M±m	и/и _{ср}	M±m	и/и _{ср}	M±m	и/и _{ср}	M±m	и/и _{ср}	M±m	и/и _{ср}	M±m	и/и _{ср}
Возраст	До 40 лет	3	14,3±2,1	1,0	20,3±1,4	1,0	16,0±1,3	0,9	13,0±1,6	1,0	17,3±1,5	1,0	17,3±1,1	0,9
	От 40 до 60 лет	15	13,3±0,8	0,9	20,2±0,6	1,0	18,1±0,4	1,0	11,9±0,5	0,9	16,4±0,5	0,9	18,0±0,4	1,0
	60 лет и старше	32	14,5±0,5	1,0	20,4±0,6	1,0	18,1±0,3	1,0	13,1±0,4	1,0	17,2±0,4	1,0	18,2±0,3	1,0
пол	мужчины	23	14,6±0,6	1,0	20,5±0,5	1,0	18,7±0,4	1,0	12,6±0,4	1,0	17,4±0,4	1,0	18,4±0,3	1,0
	Женщины	27	13,7±0,6	0,9	20,1±0,4	1,0	17,4±0,3	0,9	12,8±0,4	1,0	16,6±0,4	0,9	17,2±0,3	0,9
образование	среднее	10	13,7±1,0	0,9	20,3±0,7	1,0	18,2±0,6	1,0	11,8±0,7	0,9	16,3±0,7	0,9	17,6±0,5	1,0
	специальное	32	13,9±0,5	0,9	20,1±0,4	1,0	17,8±0,3	0,9	12,8±0,4	1,0	16,8±0,4	1,0	18,1±0,3	1,0
	Высшее	8	15,6±1,1	1,0	21,1±0,8	1,0	18,5±0,7	1,0	13,9±0,8	1,0	18,2±0,8	1,0	18,7±0,6	1,0
Социальный статус	пенсионер	16	13,4±0,9	0,9	19,4±0,7	0,9	17,2±0,5	0,9	12,3±0,7	1,0	16,2±0,7	0,9	17,2±0,5	0,9
	инвалид	32	14,6±0,6	1,0	20,9±0,5	1,0	18,4±0,4	1,0	13,0±0,4	1,0	17,3±0,5	1,0	18,6±0,4	1,0
Стаж болезни	До 10 лет	20	13,7±0,7	0,9	19,8±0,5	0,9	17,5±0,4	0,9	12,9±0,5	1,0	17,3±0,5	1,0	17,9±0,4	1,0
	10 лет и более	30	14,5±0,5	1,0	20,7±0,4	1,0	18,3±0,3	1,0	12,6±0,4	1,0	16,7±0,4	0,9	18,2±0,3	1,0

Частота обострений в год	До 2 раз в год	11	14,9±0,9	1,0	20,4±0,8	1,0	17,7±0,6	0,9	13,7±0,7	1,0	17,9±0,7	1,0	18,4±0,5	1,0
	Более 2 раз в год	39	13,9±0,5	0,9	20,3±0,4	1,0	18,1±0,3	1,0	12,5±0,3	1,0	16,7±0,3	0,9	18,0±0,3	1,0
Число госпитализаций в год	1 раз	6	13,5±1,4	0,9	19,0±1,0	0,9	17,0±0,8	0,9	13,2±0,9	1,0	16,2±1,0	0,9	16,8±0,5	0,9
	2 и чаще	44	14,2±0,4	1,0	20,5±0,3	1,0	18,1±0,2	1,0	12,7±0,3	1,0	17,1±0,3	1,0	18,3±0,2	1,0
ОФВ1	менее 50%	30	13,9±0,5	0,9	20,2±0,4	1,0	17,9±0,3	0,9	12,4±0,4	1,0	16,8±0,4	0,9	18,2±0,3	1,0
	Более 50%	20	14,5±0,7	1,0	20,5±0,5	1,0	18,2±0,4	1,0	13,3±0,5	1,0	17,2±0,5	1,0	17,9±0,4	1,0

отмечено, что в когортных группах - среди пациентов в возрасте 40-60 лет и лиц со средним образованием - они были ниже среднего значения в 0,9 раз. Важность медицинского сопровождения и готовность к нему (20,3 и 17,0 баллов соответственно) у больных БА ниже среднего значения отмечаются в когортных группах: пенсионеры (19,4 и 16,2 балла) и лица с числом госпитализации 1 раз в год (19,0 и 16,2 баллов соответственно). Индикаторы важности модификации образа жизни и готовности к модификации (18,0 и 18,1 баллов) ниже среднего значения отмечены среди пациентов БА до 40 лет (16,0 и 17,3 баллов соответственно), женщин - (17,4 и 17,2 балла), пенсионеров (17,2 и 17,2 балла) и лиц с числом госпитализации 1 раз в год (17,0 и 16,8 баллов).

Данные индикаторы у больных БА позволили рассчитать уровни приверженности (табл.4). Уровень приверженности лекарственной терапии у 100% больных является низким, составляя лишь 20,9%, что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Уровень приверженности медицинского сопровождения у 24% больных БА имел средней уровень (выше 50%, но меньше 75%), что определяло, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут, и 76% больных имели низкий уровень приверженности медицинского сопровождения. Уровень приверженности модификации образа жизни у 4% больных имел средней уровень и у 96% - низкий уровень.

Показатель интегральной приверженности лечению у 100% больных имел уровень низкой приверженности менее 50%, составляя лишь 29%, характеризуя, что медицинские

рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут.

Сравнительная характеристика факторов, обуславливающих низкую приверженность пациентов БА к медицинским программам лечения, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни, представленная в таблице 4, не дает статистически достоверных различий в когортных группах исследования с не модифицируемыми барьерами, включая пол, возраст, образование, социальный статус, стаж заболевания и тяжесть обструктивных нарушений.

Низкая приверженность лечения у больных БА и ее факторный анализ показала, что в целях реального снижения темпов прогрессирования заболевания и достижения контроля над БА необходимо существенно улучшить отношение к приверженности лечению не только пациентов, но и врачей. Для обеспечения должной приверженности пациента лечению врачу необходимо правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении, учитывать в своей практической деятельности роль приверженности терапии в ее успехе и иметь возможность осуществлять должную кратность визитов пациентов и проведения с ними необходимых бесед с целью повышения приверженности терапии. Именно партнерские отношения врача и пациента лежат в основе достижения высокой приверженности пациента лечению. Активное участие больного в обсуждении терапевтических мероприятий, привлечение родственников, переговоры, а иногда – способность пойти на компромисс расширяют возможности для выбора варианта оптимального лечения, в ходе которого пациент берет на себя ответственность за соблюдение рекомендаций врача.

Таблица 4

Показатели приверженности в различных когортных группах больных бронхиальной астмой

Факторы		n	Показатель приверженности, %			Показатель интегральной приверженности лечению, %
			лекарственной терапии	медицинскому сопровождению	модификации образа жизни	
Пол	мужчины	23	21,3±1,4	40,3±1,8	38,5±1,2	30,1±1,4
	женщины	27	20,5±1,4	37,7±1,7	34,7±1,2	28,0±1,4
Возраст	До 40 лет	3	21,3±5,2	39,6±6,1	31,0±4,4	27,7±5,0
	От 40 до 60 лет	15	18,5±2,0	37,3±2,4	36,3±1,7	27,5±1,9
	60 лет и старше	32	21,9±1,3	39,6±1,6	37,0±1,1	29,8±1,3
Образование	среднее	10	18,4±2,5	37,0±2,9	35,7±2,1	27,1±2,3
	специальное	32	20,6±1,3	38,4±1,6	36,1±1,2	28,7±1,3
	высшее	8	24,9±3,0	43,4±3,8	38,6±2,8	32,5±3,0
Социальный статус	пенсионер	16	19,2±2,2	35,4±2,7	34,2±2,0	26,9±2,1
	инвалид	32	21,9±1,5	40,9±1,8	38,1±1,4	30,4±1,4
Стаж болезни	До 10 лет	20	20,5±1,7	39,0±2,1	35,3±1,5	28,5±1,6
	10 лет и более	30	21,1±1,3	38,8±1,5	37,2±1,1	29,3±1,2
Частота обострений в год	До 2 раз в год	11	23,2±2,3	41,5±2,8	36,6±2,0	30,7±2,2
	Более 2 раз в год	39	20,2±1,2	38,1±1,5	36,4±1,0	28,5±1,1
Число госпитализаций в год	1 раз	6	20,0±3,4	35,0±4,1	32,2±2,9	26,7±3,3
	2 и чаще	44	20,9±1,1	39,4±1,4	37,0±0,9	29,3±1,1
ОФВ1	Менее 50%	30	20,0±1,3	38,3±1,6	36,5±1,2	28,5±1,3
	Более 50%	20	22,1±1,7	39,8±1,9	36,4±1,5	30,0±1,6

Выводы.

1. Больные бронхиальной астмы в 100% случаях имеют низкие уровни показателей приверженности лекарственной терапии и интегральной приверженности лечения, что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут.

2. Средней уровень приверженности медицинскому сопровождению и приверженности к модификации образа жизни имели 24% и 4% больных бронхиальной астмой, соответственно, что определяло, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут.

3. Уровни показателей приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни у больных бронхиальной астмой не имели достоверных различий с учетом не модифицируемых барьеров.

4. Снижения темпов прогрессирования бронхиальной астмы и достижения контроля над заболеванием определяет необходимость формирования стратегии существенного и мотивационного отношения к приверженности лечению не только пациентов, но и врачей.

References / Список литературы /Iqriboslar:

1. Визель А.А., Визель И.Ю., Салахова И.Н., Вафина А.Р. Приверженность при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких: от проблемы к решению//Фарматека. -2019.-26(5).-с.122–126.
2. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2017. -16(1). -с.91-95.
3. Ненашева Н.М. Приверженность к лечению больных бронхиальной астмой и возможные стратегии ее повышения // Практическая пульмонология. -2014. -№ 4. -с. 2–9.
4. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП 25)// Клиническая фармакология и терапия. - 2018. -Т. 27. - №1. -с.74-78.
5. Binhas E. Comment augmenter l'acceptation des plans de traitement //Dialogue, 1999; 13-15
6. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a metaanalysis of prevalence and clinical consequences // Eur Heart J., 2013;34:2940-2948.
7. Cowell W., Fulford-Smith A., Poultney S. Adherence with bisphosphonate treatment for osteoporosis in UK patients. Poster presented the second joint meeting of the European Calcified Tissue Society and the International Bone Mineral Society. Geneva, 25—29 June 2005
8. George M. Adherence in Asthma and COPD: New strategies for an old problem// Respir Care. 2018;63(6):818–831.
9. Global Initiative for Asthma. GINA 2019. (Electronic resource). URL: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>. Access date: 19.04.2020
10. Lahdenpera T.S., Wright C.C., Kyngas H.A. Development of a scale to assess the compliance of hypertensive patients// Int J Nurs Stud., 2003 Sep; 40 (7): 677—684.
11. McQuaid E.L. Barriers to medication adherence in asthma. The importance of culture and context // Ann. Allergy Asthma Immunol., 2018; 121(1): 37–42.
12. Mishra R., Kashif M., Venkatram S., George T., Luo K., Diaz-Fuentes G. Role of Adult Asthma Education in Improving Asthma Control and Reducing Emergency Room Utilization and Hospital Admissions in an Inner City Hospital//Can Respir J., 2017;5681962. doi: 10.1155/2017/5681962
13. Normansell R., Kew K.M., Stovold E. Interventions to improve adherence to inhaled steroids for asthma //Cochrane Database Syst Rev., 2017;18(4):CD012226.
14. Urek M.C., Tudorić N., Plavec D., Urek R., Koprivc-Milenović T., Stojić M. Effect of Educational Programs on Asthma Control and Quality of Life in Adult Asthma Patients// Patient Educ Couns., 2005;58(1):47–54.
15. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO, 2003.
16. Wu A.C., Butler M.G., Li L., et al. Primary adherence to controller medications for asthma is poor //Ann Am Thorac Soc., 2015;12(2):161–166.