

УДК: 614.253.8:616-053.2

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

И.В.Василевский

Белорусский государственный медицинский университет,  
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

*В статье проанализировано состояние вопроса о приверженности детей и подростков к лечению при бронхиальной астме и ювенильном идиопатическом артрите. Обсуждены практические подходы оптимизации решения этой важнейшей проблемы в практике педиатра.*

*Ключевые слова: дети; подростки; бронхиальная астма; ювенильный идиопатический артрит; приверженность к лечению.*

**Введение.** Проблема приверженности пациентов лечению остается одной из актуальных для современной медицины и общества. Общеизвестным является факт, что приверженность пациентов лечению в значительной степени влияет на его эффективность и исходы заболевания, имеет существенную экономическую составляющую.

**Цель** исследования – на основании новейших литературных данных и собственного многолетнего опыта проанализировать состояние вопроса о приверженности пациентов лечению при бронхиальной астме (БА) и ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) в реальной педиатрической практике, обсудить новые подходы по оптимизации практического решения указанной важнейшей проблемы.

**Методы.** Проанализированы доступные литературные источники, включая базу данных Pubmed (Medline), а также использован собственный опыт врача-педиатра.

**Результаты и обсуждение.** В англоязычной литературе степень приверженности терапии обозначается разными терминами: «compliance» (комплаентность), «adherence» (строгое соблюдение), «comprehensive disease management» (комплексное управление заболеванием), «concordance» (согласование), «persistence» (постоянство). Независимо от терминологии, неоспоримым фактом является представление о том, что самое правильное лечение, назначенное самым грамотным врачом, помогает только в том случае, если пациент сам хочет лечиться.

Особые сложности в лечении возникают при необходимости приема лекарственных средств (ЛС) в течение продолжительного периода, поскольку лечение хронических заболеваний требует высокой приверженности для достижения по-

ставленной цели. Под приверженностью лечению принято понимать степень выполнения больным рекомендаций врача в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Приверженность – это один из важнейших факторов, характеризующих качество лечения и непосредственно влияющих на прогноз заболевания и жизни. Главное условие повышения приверженности лечению – полноправное участие пациента в лечебном процессе. В связи со значительным развитием фармакологии и фармакотерапии проблема приверженности к лечению приобрела особое значение для современной медицины и общества, что нашло отражение в специальном докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), посвященном основным вопросам этой проблемы [1]. Согласно отдельным положениям доклада ВОЗ, неудовлетворительная приверженность к лечению признана доказанным фактором риска, снижающим эффективность терапии, увеличивающим риск развития осложнений основного заболевания, ведущим к повышению затрат на лечение, ухудшению прогноза заболевания и жизни. Важный раздел доклада ВОЗ – предложенная классификация факторов, оказывающих влияние на приверженность, которые распределены в 5 групп [1]: 1) факторы, связанные с пациентами, 2) факторы, связанные с врачами и организацией системы здравоохранения, 3) факторы лекарственной терапии, 4) факторы заболевания и 5) группа социально-экономических факторов.

Бронхиальная астма (БА) остается одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что примерно половина больных БА, как взрослых, так и детей, име-

ют низкую приверженность назначенной терапии для контроля симптомов БА. Согласно статистическим данным, в Минске 1,5% детей (около 5000 детского населения) страдают бронхиальной астмой. Основной целью лечения БА является достижение и поддержание контроля над заболеванием. Контроль – это динамический критерий, который включает в себя не только купирование симптомов болезни, но и оценку потенциального риска обострений. Одной из причин отсутствия контроля над астмой является низкий уровень приверженности назначенной терапии. У детей наибольшая первичная и общая заболеваемость астмой отмечается в подростковом возрасте. Следует подчеркнуть, что это один из критических переходных периодов жизни. Дети в подростковом возрасте особенно уязвимы с точки зрения социально-психологической адаптации. Из-за особенностей психоэмоциональной сферы подростка (инфантильность, невротичность, тревожность) часто возникают трудности контроля над заболеванием, связанные с низкой приверженностью к проводимой терапии.

Комплексный подход к лечению при подтвержденном диагнозе бронхиальной астмы включает целый ряд компонентов: медикаментозную терапию (как при обострении заболевания, так и базисную противоревматическую); воздействие на факторы риска обострения (борьба с курением и пр.); обучение (информация об астме, техника ингаляции и режим, письменный план действий, постоянный мониторинг, регулярное клиническое обследование); аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) (по показаниям); немедикаментозные методы лечения. Каждый элемент играет важную роль в достижении успеха. 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 свое заболевание. Существуют убедительные доказательства, что основной причиной недостаточной эффективности терапии в реальной врачебной практике является пренебрежение к ежедневному использованию базисной терапии. Об этом свидетельствуют и наши данные по экспертной оценке эффективности базисной терапии у детей с БА, проведенной в условиях детской поликлиники г. Минска [2]. Мы согласны с результатами многочисленных исследований по данному вопросу и выводам о том, что повышение приверженности у детей с бронхиальной астмой – наиболее эффективный метод достижения контроля над болезнью.

Возраст пациента может иметь существенное значение в отношении приверженности лечению. Маленькие дети зависят от родителей, которые дают им лекарственные средства и следят за их правильным применением, поэтому приверженность противоастматической терапии у детей определяется степенью образования родителей (по поводу БА и противоастматического лечения). Проводимый анализ показывает, что наиболее низкой приверженностью характеризуются подростки [3]. Подростки, как правило, недооценивают важность профилактического применения лекарственных средств, нередко для них характерно особое поведение (употребление табака, алкоголя) и депрессии. Все это может обуславливать низкую, нестабильную приверженность назначенной терапии. Значимым элементом достижения контроля над астмой является правильное использование необходимых лекарственных средств в виде ингаляций. В подростковом возрасте наиболее частыми факторами, влияющими на режим использования ингалятора при БА, могут быть следующие: а) отрицание заболевания и непонимание цели лекарственной терапии подростком; б) ошибочное понимание природы астмы (астма воспринимается как эпизодическое состояние, а не как хронический процесс); в) лекарственные средства для базисной терапии используют по потребности; г) повышенная занятость/высокая учебная нагрузка.

Применение лекарств по назначению – один из навыков самоконтроля, которому вполне легко обучиться. Приверженность не является постоянной характеристикой пациента, она может меняться в зависимости от разных причин и ситуаций, а именно:

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

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 [2]. Результаты ряда международных исследований свидетельствуют о назначении высоких доз ИГКС детям при отсутствии диагноза персисти-

рующей астмы. Например, ИГКС длительно получали пациенты, у которых не было ни одного эпизода бронхиальной обструкции и свистящего дыхания в течение последних 2 лет, при этом стратегия терапии не пересматривалась. Встречаются случаи, когда комбинированное лечение (ИГКС +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия) назначается детям длительным курсом без предшествующей монотерапии ИГКС. Исследования по всему миру свидетельствуют о подобном несоблюдении основных принципов ведения астмы. 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. Выявленные в первичном звене здравоохранения проблемы характерны для многих стран мира.

Современные клинические рекомендации по лечению астмы у детей нацеливают практических врачей на необходимость достижения постоянного контроля [4]. Оценивая состояние ребенка с бронхиальной астмой, требуется:

- 1) определить степень контроля над болезнью:
  - контроль симптомов за последние 4 недели;
  - факторы риска;
  - показатели функции внешнего дыхания;
- 2) проконтролировать терапию:
  - технику ингаляции и степень приверженности;
  - нежелательные явления;
  - наличие индивидуального письменного плана терапии;
  - отношение пациента и его родителей к астме;
  - совместно сформулировать цели лечения;
- 3) исключить влияние сопутствующей патологии, которая может ухудшить течение астмы, стать причиной обострений и результатом снижения качества жизни (риносинусит, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, ожирение, депрессию, тревожные расстройства).

Согласно последнему пересмотру Глобальной инициативы по бронхиальной астме (Global Initiative for Asthma, GINA, 2018), контроль БА имеет два компонента:

- контроль симптомов (за последние 4 нед., показатели функции внешнего дыхания каждые 3–6 мес.);
- факторы риска неблагоприятных исходов БА (симптомы неконтролируемого течения, низкий уровень приверженности терапии, чрезмерное

использование короткодействующих  $\beta_2$ -агонистов, курение и другие аэрополлютанты, коморбидные неаллергические заболевания, психологические и социальные барьеры, тяжелые обострения с госпитализациями и интубацией).

Регулярный и своевременный мониторинг вышеперечисленных критериев в комбинации с эффективным взаимодействием «врач – пациент» позволит снизить риски тяжелого течения болезни, обеспечить адекватные дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС)/ИГКС в комбинации с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами (ДДБА) и повысить контроль над заболеванием.

Факторы риска низкой приверженности ранжируют по следующим признакам:

демографические (пол, возраст, расовая принадлежность, уровень образования, социально-экономический статус);

признаки, обусловленные медицинским вмешательством (кратность приема, размер и вкус таблетки) или характером болезни (ремиссия или обострение);

индивидуальные особенности пациента (адекватная оценка своего состояния болезни, мотивация пациента и его семьи);

тандем «пациент – врач» (доступность медицинской помощи, отношение врача к пациенту, эффективность диалогов).

Немаловажное негативное обстоятельство – стероидофобия и непонимание подростком того, почему он с легкой формой БА должен лечиться такими лекарственными средствами, как гормоны. Особенно часто дети не соблюдают режим использования ИГКС. Низкая приверженность назначенному режиму применения ИГКС значительно снижает эффективность лечения, приводит к неконтролируемой БА и увеличивает расходы бюджетных средств. Современная фармакология позволяет при проведении базисной терапии БА широко использовать в качестве альтернативы ингаляционным глюкокортикостероидам перорально монтелукаст (ингибитор лейкотриеновых рецепторов), который способствует повышению приверженности лечению БА у подростков.

Фармакотерапия ревматических заболеваний остается одной из наиболее сложных проблем современной клинической медицины. В реальной врачебной практике лечение указанных болезней претерпело значительные изменения в связи с углублением и детализацией научных знаний по данной проблеме. Клиническая медицина все более приближается к персонифицирующей медицине, к лечению не болезни в целом, а конкретного пациента с его индивидуальными осо-

бенностями фенотипа и эндотипа как важнейшими составляющими гетерогенности большинства заболеваний, включая иммуновоспалительные ревматические заболевания. На современном этапе идет поиск принципиально новых методов терапии, точно, прицельно воздействующих на ключевые звенья патогенетической цепи патологического процесса, в рамках стратегии ВОЗ «Тreat To Target» («Лечение до достижения цели») получивших, в связи с этим, общее название «таргетная терапия».

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – одно из наиболее частых ревматических заболеваний. Высокая частота встречаемости по сравнению с другими ревматическими заболеваниями детского возраста, тенденция к ранней инвалидизации и возможность системных проявлений с вовлечением в патологический процесс внутренних органов диктуют необходимость более тщательного и комплексного обследования и подбора адекватной терапии. Лечение ЮИА носит комплексный непрерывный, этапный характер и включает рациональные сочетания медикаментозной терапии и немедикаментозных средств воздействия на патологический процесс, для положительной динамики процесса требует тщательного соблюдения принципов приверженности к лечению.

В настоящее время к категории «базисных антиревматических», то есть болезнь-модифицирующих, препаратов относятся: глюкокортикоиды (ГК) для перорального, внутривенного и внутрисуставного введения, препараты золота, сульфасалазин, лефлуномид, иммуносупрессанты из групп: антиметаболитов (метотрексат) и селективные иммуносупрессанты (циклоsporин). Базисная терапия существенно улучшила клиническое состояние у многих больных и качество их жизни. Однако, у многих пациентов возможность достижения стойкой ремиссии с помощью традиционных базисных противоревматических препаратов по-прежнему остается маловероятной. Угроза инвалидизации таких больных определяет необходимость разработки и внедрения новых подходов к патогенетической терапии, основанных на современных медицинских технологиях и расшифровке фундаментальных механизмов развития ревматоидного воспаления.

Прогресс в лечении ревматических заболеваний, наблюдающийся в последние годы, связан с разработкой принципиально новой группы лекарственных средств, которые получили название «биологические агенты». В настоящее время к ним относят несколько препаратов, синтезированных

с помощью методов генной инженерии: моноклональные антитела против определенных детерминант иммунокомпетентных клеток или «провоспалительных» цитокинов, «антивоспалительные» цитокины и ингибиторы цитокинов (растворимые рецепторы, антагонисты) и др.

В обзорной публикации И.П.Никишиной с соавт. [5] обсуждается, на наш взгляд, важная ситуация, которая тесным образом касается приверженности пациентов к лечению ЮИА. Авторы указывают, что накопленный детским отделением ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой опыт долгосрочного наблюдения пациентов с ЮА, получающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), выявил тревожную тенденцию отмены по немедицинским показаниям назначенной педиатрами терапии ГИБП у пациентов, достигших 18-летнего возраста. Из 812 пациентов с ЮА, которым в клинике были назначены ГИБП в период 2002–2017 гг., взрослого возраста достигли 292 человека, их средний возраст (в декабре 2017 г.) составил 21 год (максимально – 32,8 года; медиана – 20,75 лет). Причиной отмены являлся отказ в обеспечении ГИБП (отсутствие преемственности детской и взрослой ревматологической служб в ведении пациентов указанного профиля, лишение статуса инвалидности, блокирующее возможность льготного обеспечения лекарственными препаратами) [5].

Необходимость обеспечения непрерывного мониторинга фармакотерапии, особенно при применении ГИБП, и все вышеуказанные трудности, связанные с обеспечением преемственности в курации пациентов с ЮИА между детской и взрослой ревматологической службой, поставили эту проблему в ранг наиболее актуальных для современной ревматологии. Кроме специфических ревматологических проблем организации преемственности между врачами педиатрических и терапевтических специальностей, есть много сложностей, связанных с физиологическими, психологическими и социальными особенностями «переходного» возраста, выпадающего на самый напряженный период жизни молодых людей, когда они сталкиваются с глобальными переменами, связанными с выбором профессиональной ориентации, многообразными аспектами вхождения в социум, новыми жизненными ситуациями. Если в этот период меняется система медицинского наблюдения, то, как и в случаях с пациентами с бронхиальной астмой, это добавляет дополнительные сложности и риски утраты контроля за проведением лечения и мониторингом активности заболевания [5].

**Заключение.** С целью повышения приверженности пациентов к лечению предложены разнообразные стратегии как для пациентов педиатрического звена, так и взрослой медицинской службы. Большое значение в педиатрической практике имеют доступные образовательные программы по отдельным нозологическим единицам. В качестве положительной иллюстрации следует привести пример работы в Беларуси в 2017 г. 59 астмашкол, занятия в которых для поддержания приверженности к лечению включают не только первичное обучение пациентов и их родителей у специалистов, но и использование обучающих компьютерных программ и Интернет-ресурсов. При этом, оказываются полезными различные методические приемы по мотивации и соблюдению ежедневного режима применения лекарственных средств базисной терапии, раннего выявления и купирования обострений в соответствии с персонализированным письменным планом. Эффективное взаимодействие врача и родителей детей и подростков с БА, ЮИА, подход, ориентированный на конкретного пациента и совместное принятие решений по тактике лечения и профилактическим мероприятиям, позволят значительно улучшить приверженность к лечению и повысить шанс на достижение и поддержание контроля над заболеванием.

В подростковом и юношеском возрасте психологические и психосоматические проблемы становятся особенно актуальными. Подростковый период – это период активного физического, психического и социального развития человека. Этот возраст характеризуется особой интенсивностью процессов самоидентификации, в это время усиливаются эмоциональное напряжение, ответ организма на воздействие различных факторов. В связи с этим, с целью усиления приверженности к лечению всем пациентам подросткового и юношеского возраста с БА, ЮИА и другими хроническими заболеваниями необходимо включать психотерапевтическую помощь в виде индивидуальных или групповых занятий с психологом и психотерапевтом, по возможности, выполнение игровой терапии, арттерапии и др.

Учитывая многообразие вышеуказанных факторов, обуславливающих приверженность к лечению, становится очевидной необходимость участия в решении этой проблемы представителей различных медицинских специальностей – организаторов здравоохранения, узких специалистов, среднего медицинского персонала. Именно такой

подход соответствует концепции интегрированной медицинской помощи, сформулированной ВОЗ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. – Geneva: WHO, 2003.
2. *Василевский, И.В.* Клинико-фармакологическая оценка лечения у детей с бронхиальной астмой в условиях детской поликлиники / И.В.Василевский, Е.Н.Скепьян, Н.О.Бабич // Сборник материалов 3 Российского Форума с международным участием «Современная педиатрия. Санкт-Петербург – Белые ночи - 2018» (Санкт-Петербург, 13–14 июня 2018 г.). – СПб., 2018. – С.22–23.
3. *Василевский, И.В.* Взаимодействие медицинского персонала и родителей – важное звено в борьбе за приверженность лечению детей, больных бронхиальной астмой / И.В.Василевский // Аллергология и иммунология. – 2018. – Т.19, №1. – С.65.
4. *Новик, Г.А.* Приверженность: роль в достижении контроля над бронхиальной астмой у детей / Г.А.Новик, Е.А.Вишнева, Л.С.Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2015. – Т.12, №2. – С.190–196.
5. *Никишина, И.П.* Ювенильный артрит в детской и взрослой ревматологической службе – проблема преемственности в ведении пациентов / И.П.Никишина, О.М.Костарева // Научно-практическая ревматология. – 2018. – Т.56, №2. – С.138–143.

#### TOPICAL ISSUES OF PATIENT ADHERENCE TO TREATMENT IN PEDIATRIC PRACTICE

**I.V.Vasilevski**

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

The article analyzes the status of the issue of adherence of children and adolescents to treatment for bronchial asthma and juvenile idiopathic arthritis. Practical approaches to optimizing the solution of this most important problem in the pediatrician's practice are discussed.

Keywords: children; adolescents; bronchial asthma; juvenile idiopathic arthritis; treatment adherence.

#### Сведения об авторе:

**Василевский Игорь Вениаминович**, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», профессор кафедры клинической фармакологии; тел.: (+37529) 6890910; e-mail: igor.vasilevski@mail.ru.