

Низкая Приверженность Лечения – Риски Прогрессирования Хронической Обструктивной Болезни Легких

Мамбетниязов К¹, Ливерко И. В²

Резюме: В целях изучения показателя приверженности лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) 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 ХОБЛ оказались низкими, составляя от 48,3% до 64% уровня высокой приверженности. Уровень приверженности лекарственной терапии у 100% больных ХОБЛ является низким, составляя лишь 22,9% (95% ДИ 20,4÷25,4), что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. 18% больных ХОБЛ имели средний уровень приверженности медицинского сопровождения, что определяло, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут, 12% больных имели средний уровень приверженности модификации образа жизни. Показатель интегральной приверженности лечению у 100% больных ХОБЛ имел уровень низкой приверженности, составляя лишь 31,1% (95% ДИ 28,6÷33,6), характеризуя, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут.

Анализ корреляционных связей определил разнонаправленный характер связей и их различную силу, где отмечены положительные связи со слабыми значениями приверженности и факторов возраста ($r=+0,10$), стажа болезни ($r=+0,22$), частоты обострений в год ($r=+0,15$), длительности использования ингаляционной терапии ($r=+0,17$) и - умеренной силы с показателями ОФВ1 ($r=+0,26$), и отрицательные связи умеренной силы с показателями MRC ($r=-0,50$) САТ ($r=-0,36$).

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: Хроническая обструктивная болезнь легких, важность, готовность и приверженность лекарственной терапии, важность, готовность и приверженность медицинского сопровождения, важность, готовность и приверженность модификации образа жизни, показатель интегральной приверженности лечения.

^{1,2} Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии имени академика Ш.А. Алимова, Ташкент. Узбекистан Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан



Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к значительно распространенным заболеваниям с неблагоприятным прогнозом, представляя собой широко распространенное заболевание с высокой смертностью и социально-экономическим бременем. По данным глобального исследования «Бремя обструктивной болезни легких» (Burden of Obstructive Lung Disease – BOLD), во всем мире от ХОБЛ страдает 10,3% (95%ДИ 8,2–12,8%) или 391,9 (95%ДИ 312,6–487,9) млн человек в возрасте от 30 до 79 лет [2;6]. В 2019 г. ХОБЛ являлась 3-й по значимости (6 %) причиной смерти в мире и привела к гибели 3,23 млн больных [10]. ХОБЛ, при которой синдром бронхиальной обструкции считается ведущим, и излечить от этого хронического недуга пока не удастся. Однако, контролировать течение заболевания и сохранять пациентам возможность жить, а чаще всего и работать позволяют правильное поведение и медикаментозная терапия. Одной из важнейших задач лечения пациентов ХОБЛ является снижение риска обострений заболевания [1;5], которые приводят к прогрессированию симптомов, ухудшению функции легких, снижению переносимости физической нагрузки и в итоге способствуют росту летальности [5].

Больные ХОБЛ подавляющую часть времени лечения в течение болезни проходят амбулаторно – в домашних условиях, что дает им возможность начинать и прекращать терапию, изменять ее, не советуясь с медицинским работником [7]. Процесс и результат такого решения описаны как приверженность: степень соответствия поведения человека рекомендациям, которые даны пациенту работником здравоохранения (например, прием лекарств, соблюдение диеты или рекомендованные изменения образа жизни) [9]. Если при первом назначении пациент не выполняет предписаний, такое поведение описывают как первичную не приверженность. Осознанные и целенаправленные решения пациента не начинать или не продолжать терапию называют преднамеренной не приверженностью, которая во многом определяется альтернативными убеждениями в отношении здоровья или неспособностью получить консультацию медицинского работника. Непреднамеренная не приверженность связана с неправильным пониманием того, что требуется от пациента, слишком сложными схемами лечения, отсутствием четких рекомендаций, добросовестными заблуждениями пациента [3]. Непостоянная терапия (т.е. прекращение после начала лечения) бронхолитиками длительного действия была установлена у 65% больных из 45 тыс. пациентов с ХОБЛ в Германии и у 70% из 11 тыс. больных ХОБЛ, согласно базе ветеранов США [8]. Наряду с медикаментозной терапией больным ХОБЛ 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., не следование которым тоже служит проявлением не приверженности рекомендациям врача, которая среди пациентов ХОБЛ является крайне высокой [4]. В связи с этим становится очевидным, что все достижения клинической фармакологии и организации оказания помощи, больным бронхообструктивной патологией могут быть значительно снижены и даже нивелированы, и это закономерно ведет к прогрессированию заболевания и развитию фатальных осложнений.

Все выше изложенное представляется актуальным и диктует необходимость проанализировать факторы, причины и типы не приверженности пациентов и оценить возможности путей ее преодоления у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Цель исследования: изучить составляющие приверженности лечения у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в рамках усиления менеджмента контроля над прогрессированием заболевания.

Материал и методы исследования. Исследование выполнялось в отделении пульмонологии РСНПМЦФиП МЗ РУз путем комплексного клинико-функционального обследования и анкетирования по оценке приверженности 50 больных ХОБЛ (GOLD, 2021). Диагностическими критериями ХОБЛ являлись правила «золотого стандарта», где при соотношении $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$ и параметре $50\% < \text{ОФВ}_1 < 80\%$ диагностируется II средне-тяжелая стадия, $30\% < \text{ОФВ}_1 < 50\%$ - III тяжелая и $\text{ОФВ}_1 < 30\%$ от должного диагностируется IV крайне-тяжелая стадия ХОБЛ.



Средний возраст больных, включенных в исследование, составил 65,8 лет. В исследование вошли 9 (18%) женщин и 41(82%) мужчин.

В исследовании приняли участие 50 больных ХОБЛ, из которых у 11(22,0%) была средне-тяжелая стадия с показателем ОФВ₁ 61,2±5,1% (ДИ 51,2÷71,2), у 18(36,0%) – тяжелая, где ОФВ₁ 40,0±3,8% (ДИ 32,6÷47,4) и у 21(42,0%) – крайне тяжелая стадия с показателем ОФВ₁ 23,3±3,5% (ДИ 16,4÷30,2). Стаж заболевания – 13,1 лет, с частотой обострений более 2 раз в год раз у 74% больных и госпитализациями более 1 раза в год у 84% больных. Длительность использования бронходилатационной ингаляционной терапии, в среднем, составляла 7,3 лет.

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.

Таблица 1 Медико-социальная характеристика пациентов ХОБЛ, (n=50)

параметры		n	±m
Возраст, лет		50	65,8±0,98
Пол,%	Мужчины	41	82,0±5,4
	Женщины	9	18,0±5,4
Социальный статус,%	Пенсионер	35	70,0±6,5
	Инвалид	13	26,0±6,2
	Временно неработающий	2	4,0±2,8
Образование,%	Высшее	8	16,0±5,2
	Средне-специальное	35	70,0±6,5
	Средняя школа	7	14,0±4,9
Семейное положение, %	Живут в семье	50	100
Стаж заболевания, лет		50	13,1±1,5
Стадия заболевания,%	II	11	22,0±5,8
	III	18	36,0±6,8
	IV	21	42,0±7,0
Частота обострений в год, раз		50	3,4±0,2
Число обострений, требующих госпитализации в год, раз		50	2,2±0,1
Длительность бронходилатационной терапии, лет		50	6,7±1,1

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:

$$ПП=1 \div \frac{(30 \div iv) \times (60 \div ig)}{2} \times 100,$$

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



Показатель интегральной приверженности лечения рассчитывали по формуле:

$$\text{ПИП} = (\text{Плт} + 2\text{Пмс} + 3\text{Пмож}) \div 6,$$

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

Для оценки степени одышки использована одна из дискриминативных шкал одышки MRC (Medical Research Council) и по оценке влияния ХОБЛ на повседневную жизнь и здоровье пациента использован тест САТ (COPD Assessment Test – тест оценки ХОБЛ), рекомендованный GOLD (2019). По интерпретации тест САТ, отражающего насколько заболевание оказывает влияние на пациента, отмечено: 0-10 – незначительное; 11-20 умеренное; 21-30 выраженное и 31-40 серьезное влияние заболевания.

Статистический анализ результатов выполняли с помощью пакета статистических программ Microsoft Office Excel-2003 и Statistica 6.0 с использованием стандартных методов описательной статистики и корреляционного анализа (коэффициент Спирмана).

Результаты исследования. Анализ ситуационных характеристик опроса, представленных в таблице 2, показал, что для подавляющего большинства больных ХОБЛ *сложно* выполнять рекомендации такие как: прием лекарства, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет (100%); прием нескольких лекарственных средств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет (100%); каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни (92%); из за болезни изменить привычный образ жизни (72%); переносить неприятные ощущения из за приема лекарственных средств (80%); пойти на ограничение привычной жизни, активного отдыха и развлечения (96%). Также результатами опроса отмечено, что большинство больных *не будут точно* выполнять рекомендации: прием лекарства, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет (86%); прием нескольких лекарственных средств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет (96%); каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни (94%); прием назначенных лекарств, которые вызывают неприятные ощущения (82,0%); связи с болезнью изменить привычный образ жизни (60%). Данные опроса больных ХОБЛ, имеющее хроническое медленно прогрессирующее течение заболевания, показали, что для них **важно**: знать, какими признаками проявляется заболевание (92%); не ощущать проявления болезни (96%); получить или подтвердить группу инвалидности (92%); знать результаты всех анализов (84%).

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

Таблица 2 Ситуационная характеристика оценок приверженности у пациентов хронической обструктивной болезнью легких, n=50

вопрос	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?	4 (8,0)	46 (92,0)
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)
		27 (54,0)	23(46,0)
3	Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)



	многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	50(100,0)	-
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)
		46 (92,0)	4(8,0)
6	Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	Не важно (1-3 балла)	Важно (4-6 балла)
		2(4,0)	48 (96,0)
8	Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		36 (72,0)	14 (28,0)
9	Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		32 (64,0)	18 (36,0)
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)
		4 (8,0)	46 (92,0)
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)
		8(16,0)	42(84,0)
13	Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		16 (32,0)	34 (68,0)
14	Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	Сложно (1-3 балла)	Несложно (4-6 балла)
		40 (80,0)	10(20,0)
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)
		48(96,0)	2(4,0)
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)
		24(48,0)	26(52,0)
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)
		43(86,0)	7(14,0)
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)
		48 (96,0)	2 (4,0)
19	Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту	Не буду (1-3 балла)	Буду (4-6 балла)
		47 (94,0)	3(6,0)



	рекомендацию?		
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)
		41(82,0)	9(18,0)
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)
		30(60,0)	20(40,0)
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)
		17(34,0)	33(66,0)
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)
		9(18,0)	41(82,0)

Результаты исследования показали, что оцениваемые индикаторы, в целом, в когорте больных ХОБЛ, имели низкие баллы, где важность «лекарственной терапии» -14,5 балла и составляла 48,3% от максимально возможного, «к медицинскому сопровождению» - 19,2 балла – 64% от максимально возможного, «модификации образа жизни» - 18,9 баллов -63% от максимально возможного; готовность «лекарственной терапии» -13,8 балла- 46% от максимально возможного, «к медицинскому сопровождению» - 17,7 балла – 59% от максимального, «модификации образа жизни» - 18,6 баллов- 62% от максимального возможного.

Результаты изучения соотношений уровня этих индикаторов от не модифицируемых факторов и клинических составляющих заболевания у больных ХОБЛ представлены в таблице 3.

Характеристика индикаторов важности и готовности к действиям приверженности в различных когортных группах больных хронической обструктивной болезнью легких

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	От 40 до 60 лет	8	14,0 ±1,5	0,9 7	19,0 ±1,1	0,9 9	19,2 ±1,0	1, 0	13,9 ±0,9	1,0	17,6 ±1,5	1,0	18,4 ±1,1	0,9 9
	от 60 до 75 лет	3 7	14,3 ±0,6	0,9 9	19,0 ±0,4	0,9 9	18,7 ±0,4	1, 0	13,7 ±0,4	1,1	17,6 ±0,4	1,0	18,6 ±0,5	1,0
	75 лет и старше	5	16,8 ±1,8	1,2	20,8 ±1,4	1,1	18,8 ±1,3	0, 99	14,8 ±1,2	1,2	18,4 ±1,4	1,0	18,8 ±1,5	1,0
пол	мужчины	4 1	14,4 ±0,6	0,9 9	19,2 ±0,4	1,0	19,1 ±0,4	1, 0	13,7 ±0,4	1,1	17,6 ±0,4	1,0	18,5 ±0,4	0,9 9



	Женщины	9	14,9 ±1,3	1,0	18,9 ±1,0	0,9 8	18,0 ±0,9	0,95	14,4 ±0,8	1,1	17,9 ±1,0	1,0	19,1 ±0,3	1,0
образование	среднее	10	12,4 ±1,2	0,8 6	16,8 ±0,9	0,8 8	17,5 ±0,9	0,93	13,3 ±0,8	1,1	16,5 ±0,9	0,9 3	17,0 ±1,0	0,9 1
	специальное	31	14,6 ±0,3	1,0	19,6 ±0,2	1,0	19,2 ±0,2	1,0	13,6 ±0,2	1,1	17,7 ±0,3	1,0	18,8 ±0,3	1,0
	Высшее	9	16,5 ±1,3	1,1	20,2 ±1,0	1,1	19,5 ±1,0	1,0	15,1 ±0,8	1,2	19,0 ±1,0	1,1	19,8 ±1,1	1,1
Социальный статус	пенсионер	35	14,6 ±0,6	1,0	19,2 ±0,5	1,0	18,9 ±0,4	1,0	13,8 ±0,4	1,1	17,8 ±0,5	1,0	18,6 ±0,5	1,0
	Инвалид	13	14,3 ±1,1	0,9 9	19,1 ±0,8	1,0	18,5 ±0,7	0,98	13,8 ±0,7	1,1	17,1 ±0,8	0,9 7	18,0 ±0,8	0,9 7
Статус питания	Недостаточность	5	13,5 ±1,8	0,9 3	17,5 ±1,4	0,9 1	17,0 ±1,3	0,90	14,2 ±1,1	1,1	16,7 ±1,5	0,9 4	17,2 ±1,5	0,9 2
	норма	24	14,5 ±0,8	1,0	19,3 ±0,6	1,0	18,7 ±0,5	0,99	13,4 ±0,5	1,1	17,3 ±0,6	0,9 8	18,2 ±0,8	0,9 8
	избыточный вес	10	14,2 ±1,2	0,9 8	19,4 ±0,9	1,0	19,9 ±0,5	1,0	13,5 ±0,5	1,1	18,0 ±0,9	1,0	19,3 ±1,0	1,0
	ожирение	11	15,0 ±1,1	1,0	19,3 ±0,9	1,0	19,4 ±0,8	1,0	14,4 ±0,8	1,2	18,4 ±0,9	1,0	19,4 ±0,9	1,0
Стаж болезни	До 5 лет	10	14,6 ±1,2	1,0	19,3 ±0,9	1,0	18,8 ±0,8	0,99	13,5 ±0,9	1,1	18,2 ±1,0	1,0	19,4 ±0,9	1,0
	5-15 лет	23	14,2 ±0,8	0,9 8	18,8 ±0,6	0,9 8	18,4 ±0,5	0,98	13,7 ±0,5	1,1	16,9 ±0,6	0,9 6	17,8 ±0,6	0,9 6
	15 лет и более	17	14,9 ±0,9	1,0	19,6 ±0,7	1,0	19,6 ±0,6	1,0	14,1 ±0,6	1,2	18,4 ±0,7	1,0	19,2 ±0,7	1,0
Частота обострений в год	До 2 раз в год	13	14,8 ±1,1	1,0	19,8 ±0,8	1,0	18,9 ±0,8	1,0	13,6 ±0,7	1,1	17,5 ±0,8	0,9 9	18,7 ±0,8	1,0
	Более 2 раз до 4 раз в год	30	14,4 ±0,7	0,9 9	18,7 ±0,5	0,9 7	18,8 ±0,5	0,99	13,8 ±0,4	1,1	17,4 ±0,5	0,9 8	18,2 ±0,5	0,9 8
	5 и более раз в год	7	14,4 ±1,5	1,0	20,0 ±1,2	1,0	19,6 ±1,1	1,0	14,3 ±0,9	1,3	19,6 ±0,3	1,2	20,0 ±0,3	1,1



Число госпитализаций в год	До 2 раз	3 5	14,4 ±0,6	1,0	19,2 ±0,5	1,0	19,0 ±0,4	1, 0	13,8 ±0,4	1,1	17,6 ±0,5	1,0	18,6 ±0,5	1,0
	3 и чаще	1 5	14,6 ±1,0	1,0	19,2 ±0,8	1,0	19,0 ±0,7	0, 99	13,9 ±0,7	1,2	17,8 ±0,8	1,0	18,6 ±0,8	1,0
Степень одышки	1	5	16,6 ±1,9	1,1	21,0 ±1,4	1,1	20,2 ±1,3	1, 1	16,0 ±1,1	1,5	20,6 ±1,2	1,2	21,8 ±1,4	1,2
	2	6	16,0 ±1,7	1,1	19,7 ±1,3	1,0	20,3 ±1,2	1, 1	15,0 ±1,1	1,4	18,8 ±1,3	1,1	19,7 ±1,4	1,1
	3	2 2	15,3 ±0,8	1,1	19,6 ±0,6	1,0	19,1 ±0,6	1, 0	14,4 ±0,6	1,3	18,2 ±0,6	1,0	18,7 ±0,6	1,0
	4	1 7	12,3 ±0,9	0,8 5	17,9 ±0,7	0,9 3	17,8 ±0,6	0, 94	12,0 ±0,6	1,1 5	18,2 ±0,6	1,0	18,7 ±0,6	1,0
ОФВ ₁	50-80%	1 1	16,0 ±1,1	1,1	20,1 ±0,9	1,1	19,6 ±0,8	1, 0	15,3 ±0,7	1,1	19,3 ±0,9	1,1	20,0 ±0,9	1,1
	30-50%	1 8	14,3 ±0,9	0,9 9	18,9 ±0,7	0,9 9	18,9 ±0,6	1, 0	13,7 ±0,6	1,2	17,9 ±0,7	1,0	18,7 ±0,7	1,0
	менее 30%	2 1	13,8 ±0,8	0,9 6	18,9 ±0,6	0,9 8	18,6 ±0,5	0, 98	13,2 ±0,5	1,1	16,7 ±0,6	0,9 4	17,8 ±0,6	0,9 5
Оценка влияния ХОБЛ (САТ)	умеренное	6	16,3 ±1,7	1,1	20,8 ±1,1	1,1	19,3 ±1,2	1, 0	14,8 ±1,2	1,1	19,7 ±1,5	1,1	20,3 ±1,4	1,1
	сильное	2 6	15,1 ±0,7	1,1	19,5 ±0,6	1,0	19,5 ±0,5	1, 0	13,7 ±0,5	1,2	18,2 ±0,6	1,0	19,3 ±0,6	1,0
	чрезвычайно сильное	1 7	12,6 ±0,9	0,8 7	17,8 ±0,7	0,9 6	17,6 ±0,6	0, 93	13,5 ±0,6	1,1	16,1 ±0,7	0,9 1	16,7 ±0,7	0,9 0

Индикаторы важности лекарственной терапии и готовности ей следовать у больных ХОБЛ составляли, в среднем, 14,5 и 13,8 балла соответственно. Отмечено, что для когортных групп больных ХОБЛ: лица со среднем школьным образованием, нутритивной недостаточностью/дефицитом массы тела, тяжелой степенью одышки и чрезвычайно сильным влиянием ХОБЛ на здоровье пациента имели индикатор “важности лекарственной терапии” по отношению к среднезначимому уровню ниже, чем аналогичный параметр “готовности к лекарственной терапии”, составляющий к отношению по среднезначимому уровню выше среднего. Результатами исследования установлено, что когортные группы больных ХОБЛ: со среднем школьным образованием, нутритивной недостаточностью/дефицитом массы тела, стажем заболевания от 5 до 15 лет, с частотой обострений от 2 до 4 раз в год, крайне низкими параметрами ОФВ₁ менее 30% от должного и чрезвычайно сильным влиянием ХОБЛ на здоровье пациента характеризовались показателями соотношения ниже среднего как по индикаторам важности медицинского сопровождения, так и по готовности к медицинскому сопровождению. Анализ индикаторов важности и готовности модификации образа жизни среди больных ХОБЛ показал их низкий среднезначимый уровень у лиц со среднем школьным образованием, имеющих инвалидность по болезни, с нутритивной недостаточностью/дефицитом массы тела, стажем заболевания от 5 до 15 лет, крайне низкими



параметрами ОФВ1 менее 30% от должного и чрезвычайно сильным влиянием ХОБЛ на здоровье пациента.

Данные индикаторы у больных ХОБЛ позволили рассчитать уровни приверженности (табл.4). Уровень приверженности лекарственной терапии у 100% больных является низким, составляя лишь 22,9%, что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Уровень приверженности медицинского сопровождения у 18% больных ХОБЛ 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 82% больных имели низкий уровень приверженности медицинского сопровождения. Уровень приверженности к модификации образа жизни у 12% больных имел средний уровень и у 88% - низкий уровень.

Показатель интегральной приверженности лечению у 100% больных имел уровень низкой приверженности менее 50%, составляя лишь 31,1%, характеризуя, что медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут.

Сравнительная характеристика факторов, обуславливающих низкую приверженность пациентов ХОБЛ к 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.

Анализ корреляционных связей определил разнонаправленный характер связей и различную силу от слабой до умеренной на составляющие приверженности к лечению, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни (табл.5). Отмечены положительные связи со слабыми значениями приверженности и факторов возраста ($r=+0,10$), стажа болезни ($r=+0,22$), частоты обострений в год ($r=+0,15$), длительности использования ингаляционной терапии ($r=+0,17$) и умеренной силы с показателями ОФВ1 ($r=+0,26$), и - отрицательные связи умеренной силы с показателями MRC ($r=-0,50$) САТ ($r=-0,36$).

Низкая приверженность лечения у больных ХОБЛ и ее факторный анализ показали, что в целях реального снижения темпов прогрессирования заболевания и достижения контроля над ХОБЛ, направленных на снижение обострений, 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 хронической обструктивной болезнью

Факторы		n	Показатель приверженности, %			Показатель интегральной приверженности лечению, %
			лекарственной терапии	медицинском у сопровождению	модификации образа жизни	
пол	Мужчины	41	22,6±1,4	38,5±1,7	40,0±1,7	31,1±1,5
	Женщины	9	24,2±3,1	37,7±4,0	38,5±3,8	31,2±3,3



Возраст	от 40 до 60 лет	8	22,3±3,6	38,4±4,5	40,3±4,2	31,0±3,8
	от 60 до 75 лет	37	22,4±1,4	37,8±1,8	39,6±1,8	30,7±1,5
	75 лет и старше	5	27,9±4,5	42,6±5,6	39,6±5,5	34,3±4,7
Образование	Среднее	10	18,6±3,0	31,0±3,6	33,6±3,5	25,7±3,1
	специальное	31	22,9±1,6	39,4±2,0	40,6±1,9	31,5±1,7
	Высшее	9	27,8±3,2	42,9±3,8	43,5±3,8	35,6±3,3
Социальный статус	Пенсионер	35	23,0±1,5	38,5±2,7	40,1±2,0	31,2±2,1
	Инвалид	13	22,8±2,6	37,2±3,2	37,7±2,9	30,2±1,7
Стаж болезни	До 5 лет	10	22,5±3,1	39,6±3,9	41,3±3,5	31,6±3,2
	5-15 лет	23	22,2±1,9	35,9±2,3	37,0±2,3	29,4±2,0
	15 лет и более	17	24,1±2,2	40,9±2,8	42,5±2,6	33,0±2,3
Частота обострений в год	2 раза в год	13	22,9±2,6	39,2±3,2	40,2±3,1	31,4±2,7
	3-4 раз в год	30	22,7±1,6	36,6±2,0	38,4±1,9	30,3±1,7
	5 и более раз в год	7	24,0±3,7	44,2±4,7	44,2±4,5	34,1±3,9
Число госпитализаций в год	2 раза	35	22,8±1,5	38,2±1,9	39,7±1,8	31,0±1,6
	3 и чаще	15	23,2±2,4	38,7±2,9	39,7±2,8	31,3±2,5
ОФВ1	50-80%	11	27,4±2,8	43,6±3,6	44,2±3,4	35,7±3,0
	30-50%	18	22,2±2,1	38,1±2,6	39,8±2,5	30,7±2,2
	менее 30%	21	22,1±1,7	39,8±1,9	36,4±1,5	30,0±1,6

Таблица 5 Сила и направленность корреляционных связей в оценках приверженности у больных хронической обструктивной болезнью легких

Факторы	Показатель корреляции, r			
	Приверженность лекарственной терапии	Приверженность медицинскому сопровождению	Приверженность модификации образа жизни	Показатель интегральной приверженности лечению, %
Возраст, лет	+ 0,14	+0,10	+0,04	+0,10
Стаж болезни, лет	+0,23	+0,23	+0,16	+0,22
Частота обострений в год	+0,11	+0,19	+0,15	+0,15
Длительность ингаляционной терапии, лет	+0,12	+0,20	+0,19	+0,17
Индекс массы тела	+0,08	+0,13	+0,23	+0,15
ОФВ ₁ , %	+0,25	+0,25	+0,24	+0,26
MRC, балл	-0,49	-0,47	-0,46	-0,50
САТ, балл	-0,25	-0,43	-0,42	-0,36



Выводы.

Больные хронической обструктивной болезнью легких в 100% случаях имеют крайне низкие уровни показателей приверженности лекарственной терапии (22,9%, 95% ДИ 20,4÷25,4) и интегральной приверженности лечению (31,1% 95%ДИ 28,6÷33,6), что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут.

Определен разнонаправленный корреляционный характер связей различной силы от положительной со слабыми значениями с факторами возраста, стажа болезни, частоты обострений в год, длительности использования ингаляционной терапии и умеренной силы с показателями ОФВ₁, и - отрицательной связи умеренной силы с показателями MRC и САТ.

Пациенты ХОБЛ, имеющие низкий образовательный статус, нутритивную недостаточность/дефицит массы тела, стаж болезни более 5 лет, тяжелые клинические проявления как по ОФВ₁, степени одышки, так и выраженности влияния заболевания на здоровья пациента и частотой обострений более 2 раз в год, характеризуются крайне низкими индикаторами в осознании важности и готовности следовать рекомендациям лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни.

Снижения темпов прогрессирования хронической обструктивной болезни легких и достижения контроля над заболеванием определяет необходимость формирования стратегии существенного и мотивационного отношения к приверженности лечению не только пациентов, но и врачей, диктуя важность образовательных программ и программ сопровождения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др. Хроническая обструктивная болезнь легких: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. Пульмонология. 2022; 32 (3): 356–392.
2. Adeloye D., Song P., Zhu Y., Campbell H., Sheikh A., Rudan I. NIHR RESPIRE Global Respiratory Health Unit. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modeling analysis // Lancet Respir. Med. 2022. Vol.10, Iss.5. P.447–458
3. Clifford S., Barber N., Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional non-adherers, and intentional non-adherers: Application of the Necessity-Concerns Framework// J Psychosom Res. 2008;64:41–6.
4. George M. Adherence in Asthma and COPD: New strategies for an old problem. Respir Care. 2018;63(6):818–31. Doi:
5. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2022 Report. Available at: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1>
6. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2022 Report. Available at: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf Accessed: July 18, 2022
7. Lamprecht B., McBurnie M.A., Vollmer W.M. et al. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study// Chest. 2011; 139 (4): 752–763.
8. Nolte E., McKee M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. World Health Organization, 2008
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf
9. Normansell R., Kew K.M., Stovold E. Interventions to improve adherence to inhaled steroids for asthma// Cochrane Database Syst Rev. 2017;18(4):CD012226



10. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>. (February 01, 2019).
11. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2020. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-deat>

