

УДК 616.248 – 053.4 + 614.253.81/.89] - 08

В.О. Боднарчук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Покращення комплаєнсу — шлях до досягнення контролю бронхіальної астми у дітей

Ключові слова: діти, контроль бронхіальної астми, комплаєнс.

Актуальність теми. Бронхіальна астма (БА) — захворювання людини, відоме з давніх часів. Спогади про астму зустрічаються ще у Гомера, Геродота, Гіппократа, Галена і Цельса. Протягом останніх років щорічно пропонуються нові узгоджувальні документи, схеми терапії, однак багато питань залишаються до кінця не вирішеними. Зокрема, у практичній медицині не вдається досягти значної контрольованості хвороби. Згідно з даними різних авторів, неконтрольований перебіг БА реєструється у 70-95% хворих [8].

Провідні вітчизняні науковці і практики у своїх публікаціях неодноразово відзначають, що надзвичайно важливим є досягнення співпраці (комплаєнсу) лікаря і хворого в питанні ставлення до хвороби та її лікування [9, 10]. У цьому контексті особливо важливим є авторитет лікаря (професіонал, лідер, вчитель, інструктор, радник). Хворий повинен отримати достатній обсяг інформації в доступній формі, яку він може сприйняти, виконати, адаптувати для себе і керуватися нею [9]. Пацієнт повинен зрозуміти, що у разі проведення правильного лікування БА він може жити, не відчуючи симптомів хвороби. В окремих дослідженнях доведено, що застосування на старті високих доз інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) з поступовим переходом після досягнення позитивних результатів на оптимально ефективні сприяє покращенню комплаєнсу у тяжких хворих [9, 12]. Якщо ж діяти за зворотною схемою, то хворий, не відчувши покращення на перших етапах терапії, перестає приймати медикаменти [9].

Сьогодні доведено, що досягнення контролю БА в усіх пацієнтів значною мірою залежить від адекватності підбору інгаляційного засобу і правильності проведення інгаляції [2, 10, 11]. Саме тому дуже важливим аспектом досягнення астма-контролю є адекватне і коректне використання засобів доставки інгаляційних препаратів.

Навчання хворих техніці проведення інгаляцій з наступним контролем дозволяє суттєво підвищити процент безпомилкового проведення інгаляцій [9, 10]. Дослідження, проведені нещодавно, доводять, що пацієнти забувають вживати ліки і забувають про це сказати лікарю [4, 9, 10, 11]. Згідно з даними літератури лише один із шести батьків користується всіма рецептами для придбання призначених лікарем препаратів для дитини. Близько 50% хворих, які отримують базисну терапію, не виконують точно призначення лікаря [11]. Більше того, існують дані, що навіть у тих випадках, коли з відома батьків використання препарату строго контролювалося, терапія була проведена не повною мірою [8].

Ряд дослідників вважають, що комплаєнс кращий у хворих із середнім ступенем тяжкості БА, гірший — у разі легкої БА. Більше того, доведено, що рівень співпраці з пацієнтом зменшується по мірі збільшення тривалості лікування [11]. Згідно з даними багатьох науковців, покращення співпраці між пацієнтом і лікарем значною мірою пов'язане зі спрощенням режимів терапії, використанням інгаляційного способу доставки ліків, доброю переносимістю призначеного лікування, усвідомленням пацієнтом серйозності захворювання і потреби проведення базисної терапії [11].

Важливим фактором ризику неконтрольованого перебігу БА є низька якість її моніторингу і терапії [5]. Протягом останніх років з'явилися роботи, які доводять, що суттєвий вплив на ефективність лікування БА виявляють освітні програми для пацієнтів та їх оточення [14]. Велике значення має наявність у пацієнта письмового плану довготривалої терапії та ведення загострення, вміння проводити самоконтроль за перебігом хвороби і лікуванням шляхом ведення щоденника самоспостереження з реєстрацією симптомів, даних пікфлоуметрії та отриманих ліків [9, 11, 15]. В персональному астма-плані повинна

міститися інформація про те, які заходи треба вживати у разі загострення хвороби, в яких випадках звертатися за медичною допомогою [9, 11]. Метою навчання пацієнтів, хворих на БА, є покращення знань щодо астми, напрацювання навичок і вмінь, які сприяють швидшому досягненню контролю захворювання [11]. Навчання пацієнтів сприяє формуванню партнерських відносин між усіма учасниками лікувального процесу. Сьогодні доведено, що хворі, які відвідують «астма-школу», мають достовірно меншу кількість загострень БА та госпіталізацій [5].

Протягом останніх років змінилося ставлення до участі хворих у лікувальному процесі, має місце більш активне залучення їх до прийняття медичного рішення. Більше того, в літературі все частіше вживається термін «adherence» замість «compliance» [6, 18]. У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я «Приверженість к длительной терапии — доказательство действенности» (2003) було наведено визначення «adherence» як міри, за якої поведінка пацієнта (прийом лікарських препаратів і модифікація способу життя) відповідає призначенням лікаря [6, 18]. При цьому хворий є активним учасником лікувального процесу, а не пасивним суб'єктом, над яким виконується певна дія. «Adherence» оцінюють як незадовільну, якщо пацієнт приймає менше 80% чи більше 120% призначеної терапії. Результати досліджень Н.А. Бушевої та співавторів показали, що позитивний вплив на рівень кооперації (синонім adherence) хворих на БА мали жіноча стать (у жінок він є вищим, ніж у чоловіків), велика чисельність сім'ї, високий матеріальний достаток, тяжкість БА; водночас негативний — висока вартість лікування [6, 7].

У ряді публікацій наголошується [9, 11], що для вдосконалення лікування БА потрібен певний рівень професіоналізму на всіх етапах надання допомоги хворому, комунікабельності і чіткої регламентації обов'язків кожного (педіатра, лікаря швидкої допомоги, пульмонолога, алерголога, реаніматолога), більше турботи і менше технологій.

Слід зазначити, що у вітчизняній медицині взаємовідносини хворого і лікаря традиційно будувалися на основі безмежної довіри до останнього, який брав на себе відповідальність одноосібно приймати рішення щодо призначення терапії [6, 18]. Викладена вище ситуація диктує потребу детального і всебічного вивчення впливу комплаєнсу між лікарем, пацієнтом та його родиною на можливість досягнення контролю БА у дітей.

Мета дослідження: покращити показники контрольованості БА у дітей шляхом вдосконалення діагностичного алгоритму і лікувальної тактики.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети та вирішення завдань дослідження обстежено 140 дітей віком від 6 до 18 років з персистою БА тяжкого і середньотяжкого перебігу (згідно із загальною визнаною класифікацією — III, IV ступінь тяжкості захворювання), яким як базисну терапію призначали ІГКС. Усі пацієнти спостерігалися на базі Львівського міського дитячого алергологічного центру (Львівська міська дитяча клінічна лікарня, вул. П. Орлика, 4).

Захворювання вважали контрольованим за наявності таких показників: мінімальні денні симптоми БА (максимум двічі на тиждень); відсутність нічних пробуджень, зумовлених астмою; мінімальне застосування β_2 -агоністів короткої дії (в ідеалі — відсутня потреба їх призначати); відсутність загострень і екстрених викликів швидкої допомоги; відсутність обмежень фізичної активності [16]. Для оцінки контролю БА було застосовано астма-контроль тест (АСТ) [13, 17]. Результати тестування були підтверджені даними спірометричних досліджень.

Тяжкість перебігу БА у дітей груп порівняння оцінювали за міжнародними рекомендаціями GINA 2005 [16] та згідно з наказом МОЗ України від 27.12.2005 р. №767 [3, 16]. Дані тестування, об'єктивного та додаткового досліджень заносилися у спеціально розроблену карту. Для статистичного опрацювання результатів застосований пакет комп'ютерних програм «Statistica 6.0» (StatSoft, США) та «Microsoft Excel 2000».

Результати та їх обговорення

На підставі попередньо опрацьованих критеріїв сформовано дві групи дослідження, в які увійшло 70 дітей (основна група) з неконтрольованим перебігом хвороби (НК БА) та 70 пацієнтів (група порівняння), серед яких у 42 (60%) — БА була частково контрольованою (ЧК БА), у 28 (40%) — повністю контрольованою (К БА).

Слід зазначити, що більшість обстежених — хлопчики. Цей факт відповідає існуючим статистичним даним стосовно вищої частоти БА саме у хлопчиків, що пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями і різною чутливістю до впливу специфічних етіологічних факторів [1]. Спеціальний аналіз не виявив суттєвих відмінностей між групами за місцем проживання. Зокрема, у першій клінічній групі в межах міста проживало 88,57% хворих, а в сільській місцевості — 11,43%. У групі порівняння розподіл пацієнтів відповідно становив 92,86% ($p > 0,05$) і 7,14% ($p > 0,05$). Дослідження складу сімей показало, що в основній групі 78,57% дітей жили у повних сім'ях, 21,43% — у неповних. У другій клінічній групі вказані співвідношення були такими: 80,00% ($p > 0,05$) та 20,00% ($p > 0,05$).

У процесі дослідження оцінювали вік, в якому дебютувала БА. Проведений аналіз не виявив суттєвих відмінностей між групами щодо цього показника. Так, в основній групі початок захворювання у віці до 3 років спостерігався у 60,00% випадків, а в групі порівняння — у 55,71% ($p > 0,05$). Однак у більшості пацієнтів обох груп, незважаючи на типове клініку хвороби, діагноз встановлювався несвоєчасно. Зокрема, більше ніж через рік після появи перших типових симптомів діагностовано БА у 58,57% пацієнтів основної та 60,00% дітей групи порівняння ($p > 0,05$).

Таким чином, в обох клінічних групах не виявлено відмінностей щодо місця проживання пацієнтів, віку, в якому дебютувала БА, та часу встановлення діагнозу, а також соціально-економічного статусу сім'ї. Це давало можливість стверджувати, що за основними клінічними характеристиками групи були співставними.

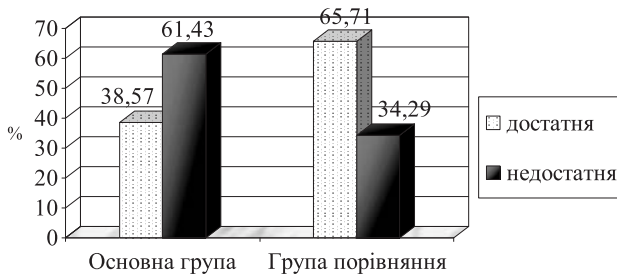


Рис. 1. Аналіз співпраці між лікарем і пацієнтом у клінічних групах

Аналіз комплаєнсу лікарів з пацієнтами показав, що хороша співпраця значно переважала у дітей з контрольованою БА (рис. 1).

В основній клінічній групі ефективна співпраця з пацієнтом спостерігалася лише у 27 (38,57%) випадках, у групі порівняння — у 46 (65,71%) ($p < 0,01$). В обстежених дітей відмічався вірогідний позитивний зв'язок між комплаєнсом і контрольованістю БА ($r = 0,25$, $p < 0,05$) і вірогідний негативний зв'язок між комплаєнсом і відсутністю контролю БА ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Зрозуміло, що рівень співпраці між усіма учасниками лікувального процесу значною мірою формує довіру до лікування. Проведені дослідження показали, що хворі з НК БА майже втричі частіше з недовірою ставилися до лікування (60,00% проти 21,43%, $p < 0,001$). Більше того, було виявлено вірогідний негативний зв'язок між довірою пацієнта до лікування і неконтрольованим перебігом хвороби ($r = -0,26$, $p < 0,05$) та вірогідний позитивний зв'язок між довірою до лікаря і контрольованістю БА ($r = 0,25$, $p < 0,05$).

Було проаналізовано участь в освітніх програмах дітей груп спостереження. Виявлено, що в освітніх програмах брали участь 35 (50,00%) дітей з НК БА і 37 (52,86%) — групи порівняння ($p > 0,05$).

До включення у дослідження письмовий план лікування був представлений в 11 (15,71%) дітей з НК БА та 56 (80,00%) пацієнтів групи порівняння ($p < 0,001$), що дозволяє стверджувати, що така форма призначення є виправданою і сприяє кращій контрольованості хвороби.

Результати вивчення показали, що до включення у дослідження діти з НК БА отримували базисне лікування виключно епізодично (100%). Водночас 42,86% дітей групи порівняння систематично лікувалися ($p < 0,001$). Важливо відзначити вірогідний позитивний зв'язок між систематичністю лікування і контрольованістю БА ($r = 0,87$, $p < 0,05$). Пацієнти основної групи значно рідше, ніж групи порівняння, отримували адекватне дозування ІГКС (відповідно 35,71% і 88,57%, $p < 0,001$). Слід зазначити, що в обстежених дітей відмічався вірогідний негативний зв'язок між адекватною базисною терапією і НК БА ($r = -0,54$, $p < 0,05$). Таким чином, дотримання адекватної базисної терапії є одним із важливих чинників, що впливають на досягнення контролю БА.

Дуже важливим аспектом досягнення астма-контролю є адекватне і коректне використання засобів доставки інгаляційних препаратів. Проведене дослідження

дозволило виявити помилки в техніці проведення інгаляцій у 25 (35,60%) пацієнтів основної та 12 (17,14%) — групи порівняння ($p < 0,05$).

Аналіз вміння здійснювати самоконтроль пацієнтами обох груп показав, що переважна більшість (60,00%) хворих із К БА володіла навиками самоспостереження за перебігом хвороби і лікуванням, однак серед них щоденники самоспостереження постійно заповнювали лише 18 (42,86%) дітей. Водночас діти з НК БА переважно (70,00%) не мали навичок самоспостереження. Важливо відмітити існування вірогідного позитивного зв'язку між проведенням самоконтролю і контрольованістю БА ($r = 0,18$, $p < 0,05$).

Усі виявлені і перелічені вище моменти були враховані при роботі з групою пацієнтів, які брали участь у дослідженні. Із 70 дітей з НК БА (основна група) у 43 (61,43%) був відсутнім комплаєнс, і саме їм було застосовано ряд заходів, скерованих на покращення співпраці між усіма учасниками лікувального процесу. Слід зазначити, що цим дітям було проведено корекцію базисної терапії (призначено адекватне дозування ІГКС, за потреби ІГКС та пролонговані β_2 -агоністи).

Перш за все, чітко контролювали регулярність візитів, нагадуючи по телефону заздалегідь кожному пацієнту про дату та час візиту. Велика увага приділялася індивідуальній роботі з пацієнтами, проведенню необхідних бесід. Враховуючи те, що не кожен пацієнт та його батьки є відкритими при розмові, часто приховують невиконання рекомендацій та перерви у лікуванні з причини продемонструвати неефективність терапії, іноді просто бажання отримати групу інвалідності, при кожному візиті завжди запитували хворого, як він приймає ліки; контролює лікування; на який час йому вистачає препарату; чи забував коли-небудь приймати препарати; чи не пропускав/відміняв прийом препарату, коли почував себе добре; чи приймав препарати, коли знаходився за межами дому (в поїзді, в гостях тощо); чи не почував себе погано після прийому препарату та чи не було це причиною корекції лікування тощо. БА потребує щоденного контролю, більше того, самоконтроль сприяє встановленню контакту між усіма учасниками лікувального процесу та більш активному залученню пацієнтів у процес лікування, саме тому наголошували, що контролювати лікування повинен, в першу чергу, сам пацієнт і його найближчі родичі.

При роботі з хворими були чітко визначені завдання і запропоновано конкретні шляхи їх реалізації, тому що чим простіші призначення, тим краще їх виконання. Усі призначення були надані у письмовій формі. В персональному астма-плані зазначали, які заходи пацієнти та їх родичі повинні застосовувати у разі загострення хвороби, в яких випадках звертатися за медичною допомогою, а також план довготривалої терапії. Розписуючи чітку письмову програму лікування всім дітям, наголошували на необхідності ведення щоденника самоспостереження для забезпечення самоконтролю за перебігом хвороби і лікування. Більше того, під час кожного візиту контролювали якість ведення щоденника та аналізували показники, які реєструвалися (симптоми,

дані пікфлоуметрії, отримані ліки), адже першою ознакою погіршення комплаєнсу є припинення занесення хворим інформації про прийом ліків у індивідуальний щоденник.

Кожного хворого навчали техніці проведення інгаляцій з подальшим контролем, що дозволяло суттєво підвищувати процент безпомилкового проведення інгаляцій на наступних візитах. Навички правильного проведення інгаляцій напрацьовувалися шляхом практичних тренувань з пристроями, які містили плацебо.

Для поліпшення співпраці з пацієнтом вибирали простий режим дозування ліків, рекомендували долучати приймання препаратів до способу життя, до звичних справ (чищення зубів), записувати нагадування в телефоні; при кожному візиті до лікаря узгоджували дату наступного візиту.

Результати досліджень показали, що, на жаль, пацієнти далеко не завжди правильно розуміють сутність БА, деякі з них мали негативний попередній досвід терапії, дехто вважав свою хворобу безнадійною, постійно перебуваючи у стані тривоги, викликаній частими загостреннями, тому важливо було створити необхідну мотивацію до лікування. Поширення спеціальної літератури, зокрема журналу «Алергія у дитини», та відеоматеріалів серед пацієнтів та їх батьків сприяло підвищенню поінформованості їх щодо особливостей перебігу захворювання, важливості дотримання адекватної терапії та правильного проведення інгаляцій, можливостей вести активний спосіб життя тощо. У кожному конкретному випадку дитину та її батьків переконували в успіху лікування, якщо пацієнт буде чітко дотримуватися рекомендацій.

Ефективність застосування запропонованих заходів, скерованих на покращення комплаєнсу, була оцінена

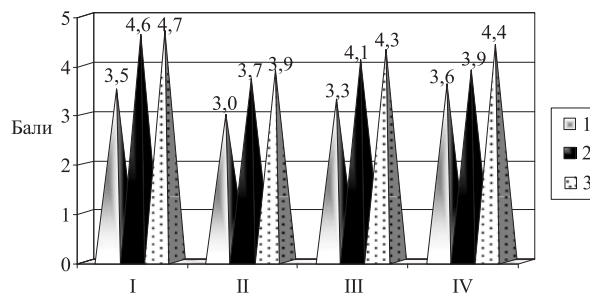


Рис. 2. Динаміка клінічних симптомів БА:
1 – до лікування; 2 – через 6 тижнів після лікування;
3 – через 12 тижнів після лікування; I – нічні симптоми;
II – денні симптоми; III – використання β₂-агоністів;
IV – обмеження фізичної активності

на підставі обстеження і динамічного спостереження на кожному із запланованих етапів (до включення у дослідження, через 6, 12, 18 та 24 тижні після лікування) шляхом динамічної оцінки клінічної симптоматики із застосуванням АСТ та показників функції зовнішнього дихання (ОФВ₁). Позитивна динаміка клінічних симптомів, була більше виражена наприкінці 1,5-місячної терапії та зберігалася і покращувалася протягом усього періоду спостереження (рис. 2).

Вірогідне зниження загальної кількості денних симптомів (нападів ядухи, утрудненого видиху, свистячого дихання, кашлю, стискання в ділянці грудної клітки) спостерігалось через 12 тижнів після лікування: середня бальна оцінка зросла з $3,0 \pm 0,12$ до $3,9 \pm 0,29$ ($p < 0,001$).

Більш помітні зміни відбулися у нічній симптоматичі, зокрема нічні напади ядухи до лікування становили $3,5 \pm 0,27$, а після закінчення 3-місячного курсу терапії — $4,7 \pm 0,17$, тобто можна вважати, що не спостерігалися ($p < 0,001$). Зменшення нічних симптомів переважно спостерігалось протягом 1,5-місячної терапії (середня бальна оцінка зросла на 31,43% і незначно — через 12 тижнів після лікування, лише на 2,17%).

Застосування базисної терапії протягом шести тижнів істотно знизило потребу у використанні β₂-агоністів швидкої дії при співставленні з початковим рівнем, що відзначилося на підвищенні бальної оцінки: $3,3 \pm 0,22$ та $4,1 \pm 0,27$ ($p < 0,001$) відповідно, та ще дещо знизилося до кінця 12-го тижня — $4,3 \pm 0,25$ бала.

Проведена терапія суттєво позитивно впливала на покращення фізичної активності пацієнта: $3,6 \pm 0,25$ бала обмеження фізичної активності до терапії, $3,9 \pm 0,23$ бала на закінченні 6-го тижня терапії та $4,4 \pm 0,24$ бала через 12 тижнів після лікування ($p < 0,001$) (таблиця).

Загалом денні клінічні прояви БА під впливом 12-тижневого курсу терапії покращилися на 30,0%, нічні симптоми хвороби — на 34,29%, скоротилася потреба у використанні бронхолітиків на 30,3%, покращилася фізична активність на 22,22%. Загальний «астма-рахунок» досягнення контролю найсуттєвіше покращився через шість тижнів терапії — на 25,66%, однак продовжував зростати і до кінця 12-го тижня терапії зріс ще на 7,85%.

Час відповіді на терапію за кожним із критеріїв оцінки був різним. На рисунку 3 показано, що контроль нічних симптомів досягається швидше, ніж денних. Паралельно

Таблиця Динаміка клінічних проявів у дітей з НК БА і відсутністю комплаєнсу на фоні терапії			
Клінічні прояви	До лікування (n = 43)	Через 6 тижнів після лікування (n = 43)	Через 12 тижнів після лікування (n = 43)
Нічні симптоми	$3,5 \pm 0,27$	$4,6 \pm 0,18$ $p < 0,001$	$4,7 \pm 0,17$ $p < 0,001$
Денні симптоми	$3,0 \pm 0,12$	$3,7 \pm 0,29$ $p > 0,005$	$3,9 \pm 0,29$ $p < 0,001$
Використання β ₂ -агоністів	$3,3 \pm 0,22$	$4,1 \pm 0,27$ $p < 0,001$	$4,3 \pm 0,25$ $p < 0,001$
Обмеження фізичної активності	$3,6 \pm 0,25$	$3,9 \pm 0,23$ $p > 0,05$	$4,4 \pm 0,24$ $p < 0,001$
Оцінка контролю БА	$1,9 \pm 0,11$	$2,9 \pm 0,4$ $p < 0,001$	$3,5 \pm 0,37$ $p < 0,001$
Загальний контроль БА	$15,2 \pm 0,47$	$19,1 \pm 1,15$ $p < 0,001$	$20,6 \pm 1,08$ $p < 0,001$

Примітка: p – достовірність різниці до і після лікування.

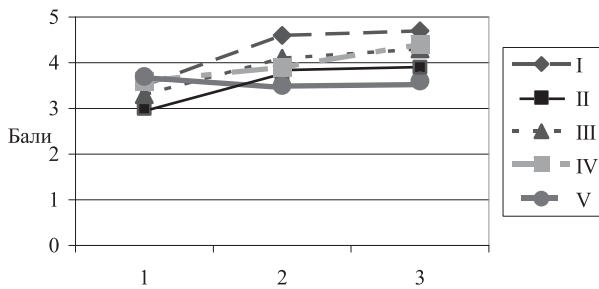


Рис. 3. Динаміка показників контролю БА на фоні терапії у дітей:

1 – до лікування; 2 – через 6 тижнів після лікування; 3 – через 12 тижнів після лікування; I – нічні симптоми; II – денні симптоми; III – використання β₂-агоністів; IV – обмеження фізичної активності; V – оцінка контролю БА пацієнтом

з покращенням денної і нічної симптоматики спостерігається зменшення використання β₂-агоністів. На першому етапі дослідження відзначалося стрімке покращення бальної оцінки обмеження фізичної активності пацієнтів, яка продовжувала зростати на другому етапі дослідження. Крива динаміки показників оцінки контролю БА батьками чи самим пацієнтом є наочним підтвердженням неправильного розуміння контролю БА на початкових етапах дослідження.

Позитивна динаміка контрольованості хвороби, отримана на підставі застосування АСТ, була підтверджена показниками спірометричних досліджень. Зокрема, ОФВ₁ збільшився вже на 6-й тиждень лікування з 58,2±4,05% до 70,3±3,5% (p<0,001) і, продовжуючи зростати, досяг через 12 тижнів лікування 75,6±3,55% (p<0,001).

Таким чином, застосування комплексу заходів, скомп'юнованих на покращення комплаєнсу, дозволило досягти через 3 місяці часткового і повного контролю над хворобою у 32 (74,42%) пацієнтів та ще у 5 дітей — до кінця 6-го місяця спостереження.

Висновки

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що контроль БА значною мірою пов'язаний із дотриманням адекватної базисної терапії та забезпеченням доброго рівня співпраці (комплаєнсу) між усіма учасниками лікувального процесу. Рівень співпраці з пацієнтом знижується по мірі збільшення тривалості лікування. Досягнення доброго комплаєнсу при БА вимагає спрощення режимів терапії, адекватного застосування інгаляційних засобів доставки ліків, усвідомлення пацієнтом серйозності захворювання.

Застосування запропонованої лікарської тактики дозволило значно підвищити показники контрольованості БА і забезпечити її контроль у 37 (86,05%) пацієнтів, що суттєво вище, ніж вихідні (28,17%) та загальнопопуляційні показники.

Література

1. К вопросу о распространенности бронхиальной астмы [Текст] / Е. И. Лютина, Т. Н. Курилова, Ф. К. Манеров [и др.] // Пульмонология. — 2003. — № 6. — С. 6–10.
2. Лапшин, В. Ф. Особливості застосування небулайзерної терапії у дітей з бронхіальною астмою в періоді загострення [Текст] / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 117.

3. Наказ МОЗ України від 27.12.2005 р. № 767 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей» [Текст].

4. Охотнікова, О. М. Особливості перебігу та лікування бронхіальної астми у дітей раннього віку [Текст] / О. М. Охотнікова // Алергія у дитини. — 2007. — № 3. — С. 7–13.

5. Петровский, Ф. И. Тяжелая и терапевтически резистентная астма у детей [Текст] / Ф. И. Петровский // Аллергология. — 2004. — № 2. — С. 48–55.

6. Солдатченко, С. С. Приверженность к лечению больных бронхиальной астмой: современное состояние вопроса [Текст] / С. С. Солдатченко, С. Г. Донич, И. П. Игнатонис // Укр. пульмонол. журн. — 2008. — № 2. — С. 35–38.

7. Сравнительный анализ факторов кооперативности больных бронхиальной астмой [Текст] / Н. А. Бушева [и др.] // Пульмонология. — 2000. — № 3. — С. 53–61.

8. Тяжелая бронхиальная астма у детей: факторы риска, течение [Текст] / Л. М. Огородова [и др.] // Пульмонология. — 2002. — № 1. — С. 68–71.

9. Фещенко, Ю. И. Основные принципы современного лечения бронхиальной астмы [Текст] / Ю. И. Фещенко // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 2, дополнение. — С. 22–24.

10. Фещенко, Ю. И. Достижение контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 5–8.

11. Яшина, Л. А. Астма-контроль — пути достижения [Текст] / Л. А. Яшина // Укр. пульмонол. журн. — 2003. — № 1. — С. 15–17.

12. Developing and communicating a long-term treatment plan for asthma [Text] / R. B. Mellins, D. Evans, N. Clark, S. Zimmermann // Am. Fam. Physician. — 2000. — Vol. 61, № 8. — P. 2419–2428.

13. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control [Text] / R. A. Nathan [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2004. — № 113. — P. 59–65.

14. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial [Text] / S. Shah, J. K. Peat, E. J. Mazurski [et al.] // BMJ. — 2001. — № 322. — P. 583–585.

15. Gibson, P. G. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components [Text] / P. G. Gibson, H. Powell // Thorax. — 2004. — № 59. — P. 94–99.

16. Global strategy for asthma management and prevention (updated 2005): Global Initiative for Asthma (GINA), 2005 [Text]. URL: <http://www.ginasthma.org>.

17. Kupczyk, M. Test kontroli astmy — Asthma Control Test (ACTTM) — na tle zalecen GINA 2006 [Text] / M. Kupczyk, P. Kuna // Terapia. — 2007. — № 4. — S. 17–19.

18. World Health Organisation (2003): Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: [Text]. — <http://www.who.int>.

УЛУЧШЕНИЕ КОМПЛАЕНСА — ПУТЬ К ДОСТИЖЕНИЮ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

В.О. Боднарчук

Резюме. В статье представлен анализ присутствия комплаенса между участниками лечебного процесса у детей, больных бронхиальной астмой с разной степенью контроля. Предложено пути улучшения комплаенса у этих пациентов. Приведены результаты применения диагностической и лечебной программы в группе детей с неконтролируемой бронхиальной астмой.

Ключевые слова: дети, контроль бронхиальной астмы, комплаенс.

IMPROVEMENT OF COMPLIANCE — A WAY TO GETTING OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Y.O. Bodnarчук

Summary. The paper presents the presence of compliance among all members of therapy process in children with bronchial asthma with various disease control. The ways of improving the compliance. The paper also represents the results of using the diagnostic algorithm and therapy tactics in children with uncontrolled bronchial asthma.

Key words: children, control of bronchial asthma, compliance.