

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания

Л.В. Боговин, В.П. Колосов, Ю.М. Перельман

**НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ
СПОСОБЫ ДОСТИЖЕНИЯ
КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ**

г. Владивосток

Дальнаука

2016

УДК 616.248:616-08-035/.-07

ББК 54.122

56.57

Б 74

ISBN

Боговин Л.В., Колосов В.П., Перельман Ю.М. Нефармакологические способы достижения контроля бронхиальной астмы: монография. Владивосток: Дальнаука, 2016. 250 с.

Монография основана на результатах исследования эффективности некоторых способов воздействия на пациентов с помощью повышения информированности больных, уровня их кооперативности и мотивации к лечению с целью достижения контроля бронхиальной астмы. Предпринята попытка комплексного подхода к образовательным мероприятиям у пациентов с бронхиальной астмой и их родственников. Исследовательская работа осуществлялась на стыке пульмонологии и клинической психологии. Особое внимание уделено разработке удобного инструментария для измерения степени информированности, типа и уровня кооперативности, а также ее компонентов, мотивационной направленности личности больных. Описан процесс разработки методики мотивирования к лечению исследуемого контингента. Выведено дискриминантные функции классификации прогнозирования достижения контроля астмы после обучения в астма-школе. Для практикующих врачей предложен алгоритм достижения контроля бронхиальной астмы.

Монография адресована врачам-пульмонологам и терапевтам, а также клиническим психологам, психотерапевтам, исследователям в области респираторной медицины, студентам медицинских ВУЗов.

Рецензенты:

член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Б.И. Гельцер,
д.м.н., профессор С.В. Нарышкина

Утверждено к печати решением Ученого совета Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» (№2 от 17.03.2016 г.)

© Боговин Л.В., 2016

© Колосов В.П., 2016

© Перельман Ю.М., 2016

ВСТУПЛЕНИЕ

Среди заболеваний внутренних органов бронхиальная астма – одна из важнейших проблем современной теоретической и практической медицины [66, 269]. Несмотря на успехи в изучении этиологии, патогенеза, ранней диагностики бронхиальной астмы, достижения в разработке эффективных лекарственных средств и лечебно-профилактических схем, эпидемиологические исследования демонстрируют неуклонный рост заболеваемости во всем мире [108, 145, 173, 269].

Основной целью лечения больных бронхиальной астмой, согласно Глобальной инициативе по бронхиальной астме (GINA – Global Initiative for Asthma), является достижение и поддержание оптимального контроля заболевания [269]. Критериями достаточного контроля считаются отсутствие у больного или незначительная выраженность симптомов болезни, ограничений повседневной жизнедеятельности, потребности в бронхолитиках короткого действия, редкое возникновение обострения. В практической медицине возникают значительные трудности в достижении контроля бронхиальной астмы [231].

При доступности высокоэффективных лекарственных средств контроль бронхиальной астмы зависит не только от точности и своевременности постановки диагноза и правильности подбора терапии. Немаловажная роль в прогнозе этого заболевания отводится психологическому фактору, который рассматривается в контексте психосоматического соотношения в болезни [180, 182]. В существующих классификациях бронхиальной астмы [116, 145] при изложении клинико-патогенетических вариантов не учитывается роль психического фактора в динамике заболевания. Внимание в большей степени сосредоточено на поиске факторов, провоцирующих приступы, на поиск методов ранней диагностики, на разработку

новых более эффективных лекарственных средств. Роль психологических феноменов больных бронхиальной астмой в лечении, профилактике, реабилитации заболевания учитывается меньше, чем традиционные биологические и физиологические факторы, остается недостаточно изученной. Косность взглядов препятствует формированию представлений об особенностях личности больных бронхиальной астмой, разработке и внедрению современных методов терапии астмы в аспекте биопсихосоциальной концепции, направленной на предупреждение и лечение этого заболевания [70].

Существует мнение, что обязательным условием успешного ведения любого заболевания является точное выполнение пациентом всех врачебных рекомендаций [154]. Только в этом случае можно рассчитывать на то, что эффект лечения будет максимальным. Известны специфические лекарственные и нелекарственные факторы, провоцирующие несоблюдение больным бронхиальной астмой назначений врача [269]. Среди связанных с лекарственными препаратами факторов особое место занимают сложности в применении ингалятора; неудобный режим приема; побочные эффекты и высокая стоимость препаратов; негативное отношение к фармакологической терапии; отдаленность аптек и малая доступность медицинской помощи. Немедикаментозными факторами являются: недовольство лечащим врачом; недопонимание врачебных назначений; недостаток информации, связанные с болезнью и терапией страхи и тревога; неоправданные ожидания; недостаточные врачебные наблюдение и контроль; нежелание показаться больным; неадекватное отношение к заболеванию; раздражение по поводу своего состояния и необходимости лечения; недооценка тяжести заболевания; забывчивость или самоуспокоенность; религиозные аспекты [231, 269].

При изучении приверженности к лечению в России используется понятие «кооперативность». Это комплексное понятие включает в себя степень готовности пациента следовать врачебным

рекомендациям (комплаенс) и точное выполнение им всех рекомендаций врача (приверженность к лечению), а также учитывает информированность пациента относительно заболевания, мнение о заболевании, характере и доступности терапии, удовлетворенность от сотрудничества с врачом, искренность [154]. Обычно кооперативность выше у женщин, у лиц с высшим образованием, с большой численностью семьи, высоким материальным достатком, профессиональной занятостью [284].

Одним из доказанных эффективных способов повышения приверженности больных к лечению и профилактическим мероприятиям считается образовательная деятельность [15]. Осведомленность больного о принципах противоаллергического режима, о поведении при астматическом приступе, владение основами самоведения и самоконтроля повышают продуктивность сотрудничества пациента с врачом. Однако, зачастую, пациенты получают информацию из непрофессиональных источников, вследствие чего имеют низкую степень приверженности следованию врачебным рекомендациям [131].

Личностные качества больных бронхиальной астмой также могут снижать кооперативность [25]. Особое место среди причин плохой кооперативности у пациентов с бронхиальной астмой занимает алекситимия. Это психологическая особенность, при которой снижена способность человека дифференцировать и вербально выразить свои эмоции и телесные ощущения [6, 328, 329]. Алекситимия может приводить к искажению восприятия больным одышки и недооценке степени тяжести течения бронхиальной астмы, увеличивая риск обострений. Имеющиеся исследования свидетельствуют о наличии у алекситимичных пациентов устойчивости к проводимой терапии и развитию осложнений бронхиальной астмы [6, 133, 332].

Помимо алекситимии, клинические особенности заболевания, необходимость постоянного длительного лечения, периодические госпитализации, страх перед удушьем формируют у больного

бронхиальной астмой состояние тревожности, хронического эмоционального перенапряжения, которое ухудшает течение заболевания, создает негативное отношение к терапии [127].

Исследования кооперативности больных бронхиальной астмой, указывают на важность активного грамотного участия больного в лечебном процессе [118, 154, 158, 165]. Но изменить роль больного в лечении с пассивной на активную невозможно без изменения стереотипов поведения больных и врачей. Необходимость повышения мотивации к лечению у больных соматическими и психическими заболеваниями отмечают многие авторы [27, 82, 85, 184]. Болезнь содержит угрозу здоровья, трудоспособности и смерти, меняет восприятие реальности, перспективы на будущее, препятствует достижению жизненных целей, изменяет личностный и социальный статус человека. В результате происходит переоценка ценностей и мотивации, вырабатываются противоречивые способы постановки целей. С одной стороны, больные могут ставить далекие, нереальные, заведомо недостижимые цели, с другой стороны, в повседневной жизни ими обычно движут мотивация избегания неудач и страх риска [117, 125]. Это также снижает продуктивность деятельности личности в целом и в лечебном процессе, в частности. Установлено, что на формирование кооперативности позитивно влияет потребность больного в безопасности [165].

Поведение, ориентированное на цель, предполагает наличие у каждого человека мотивов достижения успеха и избегания неудачи. Однако каждый отдельный человек имеет доминирующую тенденцию руководствоваться одной из мотиваций. Мотивация достижения связана с продуктивным выполнением деятельности, а мотивация избегания неудачи – с тревогой, опасениями и защитным поведением. В процессе жизни ведущие мотивы поведения становятся характерными для человека и превращаются в черты его личности [97].

Мотивация к лечению представляет собой особый психологический феномен внутренней картины болезни, в котором

отражается концепция болезни, прошлый опыт лечения, ожидания в отношении методов терапии и прогноз ее результатов [117]. Медицинским персоналом стационара обычно применяются различные методы воздействия на пациента: от гуманного отношения, создания непринужденной обстановки и всяческих льгот до непосредственного контроля за приемом препаратов [27]. В амбулаторных условиях контролировать процесс лечения со стороны гораздо сложнее, и ответственность за этот процесс полностью ложится на больного. В этой связи особое внимание рекомендуется уделять образовательным программам для соматических больных [105, 155]. Однако не существует разработанных критериев достаточной мотивировки пациентов на активное участие в лечебном процессе, так же как и мотивационные программы носят характер общих рекомендаций [33].

Изучение факторов, влияющих на характер течения бронхиальной астмы, в том числе психологических особенностей личности и мотивационной сферы пациента, может способствовать повышению его кооперативности, оптимизации терапии и улучшению прогноза заболевания. Учитывая высокую распространенность бронхиальной астмы, большое медико-социальное значение и трудности достижения контроля заболевания, проблема изучения кооперативности и мотивации больных является крайне актуальной.

ГЛАВА 1.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОБЛЕМАХ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бронхиальная астма является широко распространенным заболеванием во всех возрастных группах, представляющим собой глобальную медицинскую, социальную и экономическую проблему, приводит к существенному снижению качества жизни пациента, способствует снижению работоспособности, влечет за собой значительные материальные затраты на пожизненное применение различных лекарственных средств [81, 145, 246].

Только в Европе бронхиальная астма затрагивает около 30 миллионов человек [269], и стоимость ее лечения здесь оценивается в 17,7 млрд. евро в год [336]. По данным эпидемиологических исследований, в мире около 300 млн. человек болеют бронхиальной астмой [349], регистрируется около 18,7 млн. взрослых с бронхиальной астмой (это 1 из 12 взрослых), и выявляется более чем 345000 случаев смерти от астмы [269, 272]. Трое из пяти больных ограничивают свою физическую активность. Наряду с повсеместным увеличением распространенности бронхиальной астмы во всем мире, отмечается нарастание тяжелых форм этого заболевания, увеличение числа госпитализаций. Более 8,9 млн. больных бронхиальной астмой обращаются на врачебный прием, и 479300 человек ежегодно госпитализируются в связи с обострением бронхиальной астмы [238]. По мнению экспертов, к 2025 году число болеющих астмой увеличится до 400 млн. По распространенности астма превосходит заболеваемость ишемической болезнью сердца (в 300 раз), раком легких (в 33 раза), раком молочной железы (в 20 раз), инсультом (в 15 раз) и ВИЧ-инфекцией (в 5 раз) [269]. Бронхиальной астмой болеют более 10% детей.

Ежегодные глобальные международные исследования распространенности бронхиальной астмы ISAAC (The International

Study of Asthma and Allergies in Childhood, начиная с 1991 года) [336] и ECRHS (European Community Respiratory Health Survey, начиная с 1980-х годов) [262] стали крупнейшими в мире совместными исследовательскими проектами с участием около 2 миллионов детей и более 140 тысяч взрослых в более чем 100 странах. Цель проектов заключается в разработке природоохранных мер и мониторинга болезни для формирования основ будущих мероприятий по снижению бремени аллергических и неаллергических заболеваний. Результаты ISAAC и ECRHS показали, что заболеваемость бронхиальной астмой в развивающихся странах растет [262, 336].

Центры по контролю и профилактике заболеваний США – CDC (Centers for Disease Control and Prevention), являющиеся агентством министерства здравоохранения США (United States Department of Health and Human Services, Druid Hills, штат Джорджия, создано в 1946 году) предоставляют данные о бронхиальной астме на государственном уровне [238]. Эти данные включают распространенность заболевания у взрослых и детей с учетом системы наблюдения поведенческих факторов риска (the Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS) и углубленных исследований бронхиальной астмы путем автодозвона/обзвона на государственном и местных уровнях (Asthma Call-back Survey, ACBS). ACBS является частью национальной программы по контролю астмы (National Asthma Control Program, NACP). По данным агентства, в 2012 году 60,7-86,8% больных бронхиальной астмой обнаружили поведенческие факторы риска (подробнее в табл. 1).

Получение сопоставимых эпидемиологических данных по разным странам затруднено из-за существенных различий медицинской статистики и особенностей проведения исследований. По оценкам ВОЗ, ежегодно бронхиальная астма обуславливает потерю 15 млн. так называемых DALY (Disability Adjusted Life Year – «год жизни, измененный или потерянный в связи с нетрудоспособностью»), что составляет 1% от общего всемирного ущерба от болезней [338].

Относительные значения отдельных поведенческих факторов риска у взрослых больных бронхиальной астмой по результатам обзвона, проводимого Центром по контролю и профилактике заболеваний США в 2012 году

Поведенческие факторы риска у взрослых больных бронхиальной астмой	% среди опрошенных при помощи обзвона
Активные проявления заболевания	50,5-86,3
Впервые установленный диагноз	7,4-19
Повторные посещения врача	40,1-70,3
Получили индивидуальный план управления	14,2-48,3
Выполняли курс управления	4,0-13,5
Использовали ингаляционные кортикостероиды в течение последних 3 месяцев	20,7-46,4
Использовали ингаляционные бета-агонисты короткого действия в течение последних 3 месяцев	34,9-69,9
Имели установленный диагноз депрессии	19,0-58,4
Ограничения активности, связанные с астмой	36,6-72,8
Потеря трудоспособности, связанная с астмой	20,5-59,8

Благодаря применению в клинической практике ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) с 1990 по 2010 гг. смертность от бронхиальной астмы в мире снизилась среди мужчин с 25 до 13, а среди женщин – с 17 до 9 пациентов на 100 тыс. человек в год [272]. Однако снижение смертности не сопровождается снижением заболеваемости бронхиальной астмой [194].

Проблема бронхиальной астмы в России так же актуальна, как и в других странах. В России общее число больных бронхиальной астмой превышает 6 млн. человек. Ежегодно регистрируется до 120 тыс. новых случаев заболевания. Несмотря на современные методы

диагностики и эффективные способы лечения, от астмы в Российской Федерации ежегодно умирают до 3,6 тыс. человек [194].

Основным положением современной концепции ведения пациентов с бронхиальной астмой является достижение полного контроля течения заболевания. В Глобальной инициативе по лечению бронхиальной астмы (GINA) заявляется: «Астму можно успешно лечить и контролировать. У большинства пациентов можно предотвратить причиняющие беспокойство дневные и ночные симптомы и тяжелые приступы астмы; исключить или минимизировать применение скоропомощных препаратов; достичь практически нормальной легочной функции; сохранить активный образ жизни» [269].

Национальным институтом сердца, легких и крови (the National Heart, Lung, and Blood Institute) подробно разработан шаблон плана управления бронхиальной астмой [300]. Все пациенты, страдающие бронхиальной астмой должны иметь план действий в отношении своего заболевания («план управления»), представляющий собой письменный алгоритм поведения, который больной разрабатывает вместе с врачом, чтобы контролировать бронхиальную астму [234]. В многочисленных клинических исследованиях показано, что хотя пациенты предпочитают не иметь симптомов астмы, это не соответствует реальной ситуации в общемировой популяции, возможно, отчасти из-за низких ожиданий пациентов и врачей.

В руководстве GINA для определения тяжести бронхиальной астмы используют симптомы бронхиальной астмы, но при этом подчеркивается, что критерии адекватного контроля для каждого пациента зависят от его личных целей и ожиданий, каждый пациент желает компромисса между этими целями, побочными эффектами или неудобством терапии, необходимой для достижения идеального контроля [269, 320]. Различия между предлагаемыми критериями контроля колеблются от жестких до либеральных, особенно в оценке наличия ночных приступов бронхиальной астмы [189].

В новой редакции рекомендаций GINA концепция контроля

симптомов бронхиальной астмы сохранила свою ключевую значимость, критерии его оценки остались прежними, за исключением того, что спирометрическая оценка вентиляционной функции легких теперь используется в качестве фактора риска будущих осложнений. В ряде случаев выбор терапевтической тактики непосредственно зависит от степени риска будущих осложнений. Также в последних обновлениях GINA указан отказ от оценки тяжести течения бронхиальной астмы, наличия аллергии (атопии) и нервно-психического компонента у больных бронхиальной астмой [269]. По мнению отечественных ученых, такие ограничения «значительно и совершенно неоправданно уменьшают возможности индивидуальной трактовки больных, выбора наиболее эффективной персонифицированной терапии и оценки прогноза течения бронхиальной астмы. Введение критерия, характеризующего контролируемость течения бронхиальной астмы, целесообразно, но оно не должно сопровождаться отменой других, не менее важных для клинической трактовки больных, характеристик» [119].

Несмотря на разработку и внедрение современных эффективных методов лечения и лекарственных средств, экономическое бремя неконтролируемой бронхиальной астмы для общества велико [223, 322]. Неконтролируемая бронхиальная астма связана со снижением качества жизни и потребностью обращения больных в систему здравоохранения.

Проведенные в 2012 г. масштабные исследования REALISE (the REcognise Asthma and LInk to Symptoms and Experience), охватившие 8000 исследуемых больных бронхиальной астмой из 11 стран мира, продемонстрировали низкий уровень контроля бронхиальной астмы: 45% не контролировали бронхиальную астму, при этом более 80% респондентов считали, что контролируют свое заболевание [263, 317].

Выявлено, что частота контролируемой бронхиальной астмы в клинической практике значительно ниже, чем во многих рандомизированных контролируемых испытаниях [237, 259, 313]. Это может быть связано с тем, что рандомизированные контролируемые

исследования зачастую не являются репрезентативными для реальной жизни: только небольшое подмножество пациентов из клинической практики соответствует критериям включения (1-2%) [227]; кроме того, процесс участия в исследовании благоприятно влияет на «показатели участников» («Хоторнский эффект» – the «Hawthorne effect») [50, 232]. Многие пациенты могут неправильно воспринимать и переоценивают свой контроль, недооценивают серьезность своего состояния, даже указывая, что терпят ограничения в своем образе жизни [223, 351], описывают симптомы более позитивно, чем их оценивают медицинские работники. Поэтому для более точной оценки контроля бронхиальной астмы требуется эффективная коммуникация, четкое взаимопонимание между пациентами и медицинскими работниками и расширение знаний пациента о своем состоянии [217, 269, 340]. Многие пациенты, страдающие астмой, не считают себя больными, не заботятся о своем состоянии, полагая, что оно непроизвольно будет контролироваться, а также не связывают симптомы с плохим контролем [317].

Недостаточный контроль астмы является причиной повышения риска развития обострений, снижения и нарушения качества жизни и трудоспособности, увеличения использования медико-санитарной помощи [223, 322, 345]. Астма может оставаться неконтролируемой у пациентов, которым предписано регулярное лечение, но которые продолжают испытывать обострения [223]. Понимание прогностических факторов имеет большое значение [247]. Другие факторы риска включают неполный контроль астмы и плохую комплаентность [247, 310].

Среди факторов, обуславливающих плохой контроль бронхиальной астмы, часто выявляется неправильная техника ингаляции [236, 271, 333, 340]. Вопросами состояния малых дыхательных путей пренебрегали много лет, но интерес к теме возродился благодаря развитию методов измерения для оценки этой зоны, а также возможностям обеспечивать доставку препаратов в дистальные дыхательные пути [346]. Контроль можно улучшить в

результате обучения технике ингаляции, что приводит к значительному увеличению показателей контроля бронхиальной астмы [207, 270]. Обеспечивая пациентам доступ к надежным источникам информации, например, к веб-сайтам или методическим рекомендациям, можно повысить уровень понимания болезни и улучшить контроль бронхиальной астмы [283]. Для эффективного обучения врач также должен быть компетентен в использовании ингаляционного устройства [340]. К сожалению, некоторые врачи и медицинские сестры недостаточно владеют техникой ингаляции [293].

Исследование «Эпидемиология и естественное течение астмы: исходы и режимы терапии» – TENOR (The Epidemiology and Natural history of asthma: Outcomes and treatment Regimens) проводилось с целью выделения когорты пациентов с высоким риском развития осложнений бронхиальной астмы [284]. По результатам изучения данных 4756 больных с тяжелой и терапевтически резистентной бронхиальной астмой была разработана методика логистического регрессивного моделирования риска госпитализаций и количества обращений за неотложной медицинской помощью. Учитывались демографические данные, семейный анамнез, условия проживания и работы, статус курения, показатели функции внешнего дыхания, уровни IgE, особенности течения заболевания, сопутствующие заболевания, проводимая ранее терапия. Такая оценка осуществлялась координаторами с помощью проведения опросов дважды в год. Группу риска развития неотложных состояний составили пациенты молодого возраста, женщины, лица с ожирением, сахарным диабетом, катарактой, сниженной ФЖЕЛ, пневмонией в анамнезе, проводившейся ранее интубацией трахеи. В ходе исследования TENOR доказано, что прекращение или перерывы в базисной терапии ИГКС приводят к обострению заболевания, а также значительно повышают риск госпитализации пациента в ближайшие месяцы. Это исследование доказало целесообразность проведения ранней диагностики бронхиальной астмы и назначения

своевременной адекватной терапии [138, 284, 307].

В большинстве развитых стран создаются реестры пациентов с тяжелым течением бронхиальной астмы, необходимые для обследования таких пациентов, определения их фенотипа, назначения адекватного лечения, предупреждения осложнений и сохранения трудоспособности. В результате совместной работы ведущих пульмонологов, аллергологов и терапевтов разработан алгоритм диагностических мероприятий, позволяющий анализировать течение заболевания и оценивать эффективность терапии бронхиальной астмы. Ряд исследований показал, что при назначении терапии врачи зачастую не преследовали цели достижения полного контроля заболевания, не проводилась профилактическая работа для устранения факторов, провоцирующих снижение эффективности терапии. В подгруппе пациентов, где диагноз был установлен правильно и назначена адекватная терапия, уровень достижения контроля заболевания был достаточно высоким, что способствовало повышению качества жизни больных, меньшему количеству тяжелых обострений и госпитализации [138].

Основополагающими в оценке стратегии лечения больных бронхиальной астмой сегодня можно рассматривать договоренности об уровнях контроля над бронхиальной астмой, то есть договоренности о том, какую терапию можно считать успешной, до какого уровня «здоровья» надо лечить пациента или в какой мере можно мириться с существующими на фоне терапии признаками болезни. Более строгие критерии контроля предлагают фармацевтические компании, что объяснимо: строгий контроль предполагает больший расход лекарственных средств.

Королевская коллегия терапевтов (Великобритания) особо выделяет три вопроса, рекомендованные Британским торакальным обществом (BTS) в качестве инструмента для опроса пациентов [234]. Эти вопросы, несмотря на некоторую субъективность, обеспечивают простой мониторинг симптомов на протяжении предшествующей недели или месяца:

1. Отмечали ли Вы расстройства сна из-за симптомов астмы (в том числе, кашля)?
2. Отмечали ли Вы обычные симптомы астмы в дневное время (кашель, одышку, тяжесть в груди или удушье)?
3. Влияет ли астма на Вашу нормальную активность (например, работу по дому, профессиональную деятельность, учебу в школе)?

С клинической позиции уровень лечебного контроля над течением бронхиальной астмы включает [269]: полный лечебный контроль; частичный лечебный контроль; неконтролируемое течение бронхиальной астмы.

Критерии полного контроля бронхиальной астмы включают:

- минимальные симптомы в дневное время (< 2 раз в неделю);
- отсутствие ночных симптомов или пробуждений из-за астмы;
- минимальная потребность в бронхолитиках, применяемых с целью купирования симптомов (< 2 раз в неделю);
- отсутствие обострений;
- отсутствие ограничений в ежедневной физической активности в связи с симптомами астмы;
- нормальная функция легких (нормальные или близкие к нормальным показатели функции легких).

Помимо клинических признаков контроля бронхиальной астмы, в качестве валидизированных инструментов руководством GINA предлагаются: Тест по контролю над астмой (Asthma Control Test, АСТ) [219, 253], Вопросник по контролю над астмой (Asthma Control Questionnaire, АСQ) [218, 347], Вопросник для оценки эффективности терапии астмы (Asthma Therapy Assessment Questionnaire, АТАQ) [216, 221], Шкала оценки контроля над астмой (Asthma Control Scoring System) [230]. Опросники АСТ и АСQ-5 показали свою эффективность в качестве инструментов контроля лечения бронхиальной астмы в стационарных условиях, наряду с традиционным спирографическим контролем [65, 251].

АСТ – простой в исполнении тест, предназначенный для самостоятельной оценки пациентом своего состояния и позволяющий на основании количественных критериев охарактеризовать уровень контроля бронхиальной астмы как полный, хороший или недостаточный. Несмотря на простоту в использовании, результаты теста имеют существенное клиническое значение. В частности, доказано, что результаты АСТ соответствуют экспертной оценке уровня контроля бронхиальной астмы, сделанной специалистами, являются более чувствительными по сравнению с объемом форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), а использование теста в динамике позволяет выявить клинически значимые изменения уровня контроля бронхиальной астмы [334]. Некоторые скрининговые исследования с использованием АСТ показали, что достижение полного контроля возможно только у 3,5% больных, хорошего контроля – у 28,7%, у остальных пациентов (67,8%) наблюдалась неконтролируемая бронхиальная астма [205].

Вопросник ACQ-5 учитывает: число ночных и дневных симптомов; ограничение активности; уровень одышки; наличие свистящих хрипов; потребность в ингаляционных β_2 -агонистах; ОФВ₁. ACQ проверен в ряде стран с точки зрения информативности и валидности и рекомендован к внедрению во врачебную практику [1, 220]. Использование этого теста международной группой исследователей позволило улучшить качество контроля бронхиальной астмы. Так, если при первичном обследовании больных преобладали варианты неконтролируемой, плохо и частично контролируемой бронхиальной астмы (51,8%), то после внесения коррекций в лечение при повторном визите пациента через 12 недель количество негативных оценок уменьшалось до 31,3%, а количество пациентов с хорошим и полным контролем бронхиальной астмы возросло до 68,7% [220].

В отличие от GINA, в исследовании GOAL (Gaining Optimal Asthma Control – достижение оптимального контроля астмы) [237, 248] были предложены критерии «полного» (идеального,

максимально достижимого, total-control) и «хорошего» (well-control) контроля бронхиальной астмы. В этом же исследовании выдвинута концепция стратегии терапии, которая заключается в том, что планка целей лечения повышается, благодаря чему пациент освобождается от астматических симптомов. По результатам GOAL в среднем около 40% больных бронхиальной астмой, получавших фиксированную комбинированную терапию, достигли полного контроля по истечении 12 месяцев лечения. Тем не менее, имеются ограничения внедрения критериев полного контроля GOAL в практическую медицину: рекомендованное определение уровня контроля требует строгого мониторинга пациента в течение восьми последовательных недель наблюдения с заполнением дневников самоконтроля и анализом каждого из параметров контроля, что осуществимо лишь при абсолютной исполнительности больных; предлагаемая оценка контроля путем мониторинга в течение двух месяцев значительно отодвигает сроки принятия решений, которые в клинической практике должны быть более сжатыми; оценить контроль бронхиальной астмы таким методом способен не каждый врач, и метод малодоступен для пациента. Но в практическую медицину внедрено важное предложение исследования GOAL – новые цели лечения [128, 237].

Доля контролируемой астмы в России невелика [10, 65, 176]. В проведенном многоцентровом исследовании «НИКА» изучался контроль бронхиальной астмы у 1000 больных из 26 амбулаторных лечебных учреждений 12 городов Российской Федерации. Уровень контроля измерялся клинически (в соответствии с критериями GINA) и с применением опросников ACQ-5 и АСТ. В целом контролируемая бронхиальная астма отмечалась только у 23% больных, частичный контроль и неконтролируемое течение заболевания – у 35% и 42% соответственно. При диагностике уровня контроля лечащие врачи совершали ошибки в 49% случаев. Применение опросников ACQ-5 и АСТ давало более высокое и примерно сопоставимое качество оценки контроля (64% и 60% адекватных оценок), но при этом у АСТ

отмечалась систематическая погрешность в сторону переоценки уровня контроля бронхиальной астмы по сравнению с критериями GINA [10].

В одном из российских исследований на базе легочно-аллергологического центра г. Красноярска с помощью опросника АСТ исходно выявилось отсутствие контроля бронхиальной астмы у всех обследуемых. После пересмотра терапии через 48 недель контроль бронхиальной астмы улучшился в группе больных со среднетяжелым течением заболевания (22,6% достигло критериев полного контроля). У 90,3% больных тяжелой бронхиальной астмой уровень контроля оставался низким, и полного контроля достигли только 2% пациентов. Исследование показало наличие резерва улучшения контроля бронхиальной астмы за счет полноценного обеспечения пациентов препаратами, регулярного наблюдения и своевременного изменения объема базисной терапии [176].

Роль врача заключается в определении текущего уровня лечения и контроля для каждого конкретного пациента и затем в коррекции терапии, необходимой для достижения и поддержания контроля астмы. Если бронхиальная астма не контролируется с помощью назначенного режима терапии, лечение должно проводиться по нарастающей до достижения контроля заболевания. Когда контроль достигнут и успешно поддерживается, интенсивность лечения может уменьшаться до тех наименьшей ступени и дозы препаратов, которые поддерживают контроль [178].

Некоторые сравнительные исследования различных способов терапии в условиях стационара (где обеспечивается мониторинг состояния, регулярность режима приема препаратов, исключаются триггеры бронхоспазма) приводят к выводу, что процент пациентов, достигших контроля бронхиальной астмы, увеличивается со временем, независимо от содержания лечения [311].

Предшествующие результаты исследования контроля течения бронхиальной астмы и анализ способов измерения этого показателя позволили сделать некоторые выводы [220]:

- «Золотого стандарта» для контроля бронхиальной астмы не существует.
- Низкая корреляция АСТ с $ОФВ_1$ подтверждает предположение многих авторов, что контроль бронхиальной астмы не может быть оценен измерением легочных функций.
- Корреляция АСТ с АСQ-5 равна 0,81.
- Лучшим подходом может быть суммарное резюме обследования специалистами.

Поиск причин и способов, препятствующих достижению контроля, является одной из главных целей в лечении бронхиальной астмы. Для контроля заболевания большинству пациентов с бронхиальной астмой необходима фармакотерапия. У взрослых больных в постоянной терапии бронхиальной астмы наиболее эффективны иГКС. В качестве альтернативы могут применяться антагонисты лейкотриеновых рецепторов и ингибиторы фосфодиэстеразы-4. Препараты этой группы проявляют синергический эффект к низким или средним дозам иГКС. Длительно действующие β_2 -агонисты используют как дополнительную терапию выбора у пациентов, которые не достигают контроля на низких или средних дозах иГКС, часто их комбинируют в одном ингаляторе. Выделяют два подхода к контролю симптомов бронхиальной астмы [129, 320]. Во-первых, назначение доз, достаточных для полного купирования симптомов, предполагая длительный стабильный контроль. В клинических исследованиях этот подход характеризовался получением оптимального контроля бронхиальной астмы у 71% пациентов. Во-вторых, изменение доз в ответ на динамику симптомов, так поступает большинство пациентов. При таком подходе удвоение дозы иГКС не всегда эффективно. В ряде исследований для достижения контроля дозу повышали в четыре раза с быстрым снижением после исчезновения симптомов. Один из указанных подходов может быть рекомендован для пациентов, которые хотят активно контролировать свое заболевание и

минимизировать дозировки, с изменением терапии только при обострениях. Другие подходы сегодня считают неэффективными для контроля бронхиальной астмы [59, 161, 320].

Выделяют фенотипы трудно контролируемой бронхиальной астмы с преимущественным вовлечением мелких дыхательных путей [163]:

- бронхиальная астма, трудная для контроля, с частыми обострениями (два и более обострения в год);
- бронхиальная астма у курильщиков и бывших курильщиков;
- сочетание бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ);
- бронхиальная астма у пожилых людей;
- бронхиальная астма с фиксированной бронхиальной обструкцией.

Признается гетерогенность бронхиальной астмы с недостаточно ясной этиологией [318], в патогенезе и течении которой определенную роль играют неаллергические механизмы, психоневрологические нарушения и проявляется тесное взаимодействие соматических и нервно-психических факторов [146, 148, 181].

Международная классификация выделяет экзогенную и эндогенную бронхиальную астму по преобладающему этиологическому фактору [269]. В Российской пульмонологии до МКБ-10 применялась клинко-патогенетическая классификация форм и стадий бронхиальной астмы, созданная А.Д. Адо и П.К. Булатовым, модифицированная Г.Б. Федосеевым и соавт. [2, 179, 180]. Среди предложенных клинко-патогенетических вариантов бронхиальной астмы, наряду с атопическим, инфекционно-зависимым, аутоиммунным, гормональным, аспириновым и физического усилия, авторы выделили нервно-психический вариант. О нервно-психическом механизме патогенеза бронхиальной астмы можно

говорить, когда психические факторы способствуют провокации и фиксации астматических симптомов, тесно вплетаются в патогенез заболевания, приводят к усугублению биологического дефекта. Психические факторы в виде отрицательных эмоций, нервно-психического стресса, истощающей учебной или трудовой нагрузки, расстройств в сексуальной сфере, ятрогении могут вызывать развитие бронхоспазма у больных бронхиальной астмой посредством блокады β_2 -адренорецепторов, стимуляции α -адренорецепторов и блуждающего нерва. Дополнительно могут влиять органические поражения центральной нервной системы. По некоторым данным, нервно-психический вариант течения встречается у 60,2% больных бронхиальной астмой [78, 119]. Нервно-психический вариант течения бронхиальной астмы связывают с изменениями безусловных и условных рефлексов бронхиального сопротивления. У больных бронхиальной астмой дыхательный центр и центры вегетативной нервной системы, регулирующие мышечный тонус и секрецию слизи в бронхах, находятся в состоянии возбуждения. Больные бронхиальной астмой часто фиксируют свое внимание на обстоятельствах, обычно вызывающих приступ удушья. Бронхиальная астма у некоторых больных представляет собой своеобразную форму патологической адаптации к изменяющейся окружающей среде [119].

По мнению психиатров, исследующих психосоматические расстройства, начало формирования нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы наблюдается еще в состоянии так называемой преаастмы, когда психоэмоциональное напряжение реализуется по соматическому пути в респираторной системе. На начальных этапах формируется обстановка повышенного внимания и заботы со стороны окружающих, исключительности роли больного, которая закрепляется и используется больными бронхиальной астмой для собственной пользы [141].

В отечественной и зарубежной литературе широко представлены работы, указывающие на большую частоту нервно-

психических расстройств и их роль в развитии и течении бронхиальной астмы [78, 93, 141, 315, 323]. Были выделены личностные особенности, предрасполагающие к развитию и фиксации респираторных нарушений по нервно-психическому механизму. К ним относятся низкая фрустрационная толерантность (низкая стрессоустойчивость), склонность к сдерживанию эмоциональных переживаний, инфантилизм, незрелость психологических защит, неадекватное представление о себе, алекситимия [133]. Личностные особенности, невротические нарушения и неадекватные личностные реакции на заболевание определяют деструктивные формы поведения больных, которые трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие в дальнейшем развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму [80, 89, 134]. Примером психического расстройства, утяжеляющего течение и влияющего на исход соматического заболевания, является депрессия [141]. При депрессии часто наблюдается отказ от соблюдения рекомендованного режима и схемы лечения, что также негативно сказывается на исходах болезней [23].

Множество психогенетических зарубежных концепций бронхиальной астмы выполнены с психоаналитических позиций. В частности, концепция «нуклеарного конфликта» [4, 213]. Физиологический смысл бронхоспазма в результате увеличения уровня тревоги – это реакция защиты от угрожающего агента. В основе объяснения чувствительности респираторной системы лежит подавление матерью эмоциональных проявлений у ребенка в раннем возрасте (плач, крик). В симптомах астмы отражаются конфликты между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней [257], конфликт дилеммы «брать и отдавать» (give and take) [233]. Эти теории легли в основу и отечественных исследований, наблюдающих в родительских семьях ригидную иерархизированную структуру, сдерживание несанкционированных эмоциональных проявлений у членов семьи, контроль и подавление инициативы у детей, материнское отвержение [90, 201]. Отсюда, ситуации, требующие

выражения враждебно-агрессивных или, напротив, нежных и преданных чувств, способствуют срыву адаптации в дыхательной системе. Теперь данные теории остались в истории и используются преимущественно в психодинамическом направлении психологии и психотерапии [68].

Помимо психоэмоциональных факторов выделяют большое количество социально-экономических, клиничко-функциональных и прочих факторов, негативно влияющих на контроль бронхиальной астмы. В частности, факторами, предрасполагающими к тяжелому течению бронхиальной астмы и частой госпитализации при тяжелой и терапевтически резистентной бронхиальной астме, могут являться: принадлежность к негроидной расе, женский пол, курение, ожирение, повышенная чувствительность к ацетилсалициловой кислоте, врожденная гиперреактивность бронхов [284].

Теоретический анализ литературы позволяет построить модель контроля течения бронхиальной астмы. Однако данная модель не учитывает все имеющие существенное влияние на контроль бронхиальной астмы факторы. В частности, недостаточно описана структура кооперативности, не упоминается значение мотивации к лечению.

В этой связи мы изучили работы, отражающие исследования кооперативности больных, их мотивационной сферы, особенности мотивации к лечению, ее место и степень влияния на приверженность к лечению и, как следствие, на контроль течения бронхиальной астмы.

ПОНЯТИЕ КООПЕРАТИВНОСТИ И МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Залогом успешной терапии любого заболевания является активное грамотное участие пациента в лечебном процессе [158, 269], регулярный прием лекарственных средств, соблюдение мер по коррекции осложнений и побочных эффектов [242, 304]. Поэтому, одним из важнейших факторов, влияющих на результативность

терапевтических и профилактических мероприятий, является приверженность пациентов к лечению [242]: даже самые эффективные препараты не будут работать, если их не принимать. Невыполнение врачебных рекомендаций влечет серьезные медицинские последствия. Нарушение режима приема препаратов снижает эффективность лечения и повышает возможность прогрессирования болезни. Врач, переоценивая дисциплинированность больного, может многократно менять терапию из-за отсутствия ожидаемой эффективности лекарств. Со временем формируется впечатление «бесперспективности» больного. Кроме того, при недооценке пациентом важности соблюдения медицинских рекомендаций неэффективность терапии вызывает у него недоверие к профессионализму врача, дискредитирует современную медицину и систему медицинской помощи. Так возникает порочный круг, в котором сначала больной, а затем и врач способствуют снижению успешности лечения [51].

Вопрос полноты следования пациентом врачебным назначениям давно изучается в медицине. Работы зарубежных исследователей, как правило, основываются на оценке комплаентности [242, 288]. Комплаенс (англ., compliance – согласие, соответствие) описывает степень, с которой пациент добровольно и правильно следует медицинским указаниям. В буквальном смысле, комплаенс характеризуется отношением реально принятого количества препарата к теоретически назначенному [288]. Он также может касаться и других ситуаций, таких как использование медицинского оборудования, самообслуживание, физические упражнения.

Некоторую путаницу в понимание термина вносит его параллельное использование в других областях знаний. Так, в пульмонологии и клинической физиологии дыхания термин «комплаенс» используется еще и как показатель растяжимости легочной ткани, податливости легких, определяющий способность легких расширяться при дыхательных движениях грудной клетки, степень изменения объема при изменении эластического давления на

определенную величину [5].

Кроме того, в настоящее время «комплаенс» используется и как термин направления профессиональной деятельности, привнесенный в российские организации финансово-банковской сферы крупными западными компаниями. «Комплаенс» обозначает соответствие каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам. Подразделения, реализующие функцию проверки на соответствие, носят название «Комплаенс» или «Комплаенс-контроль». COMPLIANCE-контроль определяется как контроль соответствия банковской деятельности на финансовых рынках действующему законодательству в этой области [282]. В этой связи, применение термина «комплаенс» требует дополнительного уточнения его смысла и содержания.

Отечественных исследователей не удовлетворяет упрощенная трактовка COMPLIANCE как исполнительности пациентов, и они предлагают подразумевать под этим понятием «комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций», а также «определенные действия со стороны врача и пациента» [75]. Некоторые ученые определяют COMPLIANCE как выражение поведения человека в ситуации болезни (англ., *illness behavior*), меру следования пациента врачебным предписаниям, выражающуюся в адекватности модели выздоровления и копинге (действии, направленном на совладание с трудной ситуацией нарушения взаимоотношений между индивидом и средой) [124, 174].

Клинические психологи оценивают COMPLIANCE следующим образом: «истинный COMPLIANCE» – полное соблюдение предписанных лечебных мер; «ложный COMPLIANCE» – частичное и/или формальное соблюдение предписаний врача; «антиCOMPLIANCE» – полный отказ выполнять врачебные назначения [164]. Кроме того, предлагается применять переводной термин и понимать «*compliance*» во всей полноте этого английского слова в его толковании современными словарями как «согласие» (принятие назначений врача, добровольное

подчинение, сотрудничество) [94].

В последнее время медицинские работники чаще используют термин «приверженность» (англ., «adherence») к режиму терапии, поскольку этот термин лучше отражает разнообразные причины пациентов, не следующих назначениям частично или в полном объеме [302, 342]. Связующим звеном между личностными чертами и приверженностью лечению некоторые исследователи считают убежденность пациентов в необходимости терапии (англ., «medication beliefs») [224, 337]. Иногда приверженность путают с процессом согласования (англ., «concordance»), при котором пациент и врач вместе принимают решение о лечении [294].

Однако предпочтительность в терминологии остается предметом дискуссий [215, 256, 308]. Оба термина часто используются Всемирной организацией здравоохранения [350], Американской ассоциацией фармацевтов (American Pharmacists Association) [214] и Американским Национальным институтом исследований приверженности (U.S. National Institutes of Health Adherence Research Network) [305].

Тем не менее, применяющиеся до настоящего времени понятия «комплаенс» и «приверженность» не могут полностью отразить особенности взаимоотношения врача и пациента, системы здравоохранения и пациента, описывая только приверженности больного тому или иному способу лечения. Именно это обстоятельство заставило искать новые пути описания процесса сотрудничества врача и больного. В России для полного отражения и анализа всех факторов, влияющих на комплаенс, было разработано понятие «кооперативность». Данное понятие учитывает не только степень желания и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме, но и его мнение о заболевании, характере терапии, ее доступности, удовлетворенность от сотрудничества с врачом, искренность и др. [16, 79, 152]. Обычно, во время беседы, построенной на партнерстве, уважении точки зрения пациента, благожелательном отношении к нему, врач может получить

все необходимые данные о его кооперативности. При возникновении сомнений в искренности больного для подтверждения полученной информации привлекаются родственники [51].

В дальнейшем анализе доступных публикаций нами будут указываться используемые авторами термины выполнения врачебных назначений.

Во всем мире, несоблюдение врачебных назначений считается основным препятствием на пути эффективного оказания медицинской помощи [51]. По оценкам ряда экспертов, более 80% пациентов с хроническим заболеванием не следуют лечебным назначениям в достаточной для достижения терапевтического эффекта мере. Кроме того, плохая приверженность, особенно при длительном лечении, влечет за собой значительные расходы и сама по себе является причиной заболеваемости [258, 335]. Низкие уровни приверженности к терапии при лечении бронхиальной астмы, сахарного диабета, гипертонии и психических болезнях вносят существенный вклад в социальное и экономическое бремя [51, 350].

Показано также, что уровень соответствия врачебным требованиям в медицинской литературе может быть завышен, так как часто приверженность высокая в обстановке формальных клинических испытаний, но снижается в обстановке «реального мира» [210]. В клинической практике соблюдение пациентом назначений не измеряется в связи с нехваткой у врачей времени на приеме и большим потоком пациентов [256].

На приверженность больного лечению влияет много факторов: терапевтические цели пациента; его вера в терапию; социально-экономические факторы; путь введения препаратов; выбранное устройство для введения лекарства; отношение к побочным эффектам и т.д. [74, 320]. В клинических исследованиях выявляется, что как пациент, так и медицинский персонал оказывают влияние на комплаенс. Положительные взаимоотношения врач-пациент являются наиболее важным фактором в улучшении комплаенса [107, 276, 341, 350], хотя высокая стоимость лекарств также играет важную роль

[309]. Эффект от лечения оказывает парадоксальное влияние: при достижении удовлетворительного контроля симптомы перестают действовать как напоминающий фактор. Кроме того, при монотерапии комплаенс более вероятен, чем при комбинированной [3, 127].

При ведении больных с бронхиальной астмой врачи сталкиваются с теми же закономерностями формирования и состояния кооперативности. Согласно ряду исследований, при длительном применении противоастматической терапии комплаенс составляет приблизительно 50% (28-70% во всем мире), что означает недостаточное следование указаниям по лечению и связано с иррациональным поведением или умышленным игнорированием рекомендаций [244, 245, 267, 279, 350]. Наиболее существенными факторами, препятствующими продуктивному сотрудничеству, явились: экономические факторы, стоимость лекарства, возможные побочные эффекты препаратов, низкая информированность населения в медицинских вопросах и о необходимости регулярного приема глюкокортикоидных и бронхолитических средств, сложность приема современных лекарственных препаратов, плохая связь или отсутствие доверия между пациентом и его врачом [261, 302]. В числе других, снижающих кооперативность больных, факторов часто выявляется страх перед гормонами (кортикофобия) [321]. Вследствие этого увеличивается риск тяжелых приступов астмы, требующих госпитализации. Важным моментом, определяющим простоту лечения, является кратность применения лекарственного препарата в течение дня. Кроме этого, суточная доза может быть разделена на 2-4 приема. По имеющимся данным, чем выше кратность применения лекарства, тем ниже кооперативность больных [154].

Ряд отечественных исследований свидетельствует о том, что кооперативность больных бронхиальной астмой составляет в среднем от 43% [118] до 67% [154]. При этом учитывалось соблюдение рекомендаций по всему комплексу лечебно-профилактических мероприятий, включая противоаллергический режим, методы

самоведения и самоконтроля, технику ингаляции, дозировку и схему приема лекарственных средств. Выяснилось, что лишь 31% больных бронхиальной астмой при ухудшении самочувствия обращаются за помощью к участковому врачу, 20% пациентов ждут значительного ухудшения состояния и тогда вызывают бригаду «скорой помощи», 49% больных самостоятельно меняют лечение, причем 52% из них увеличивают частоту приема короткодействующих бронхолитиков без коррекции базисной терапии [74].

Достаточно часто врачи при назначении ингаляционных препаратов не объясняют пациентам технику применения ингаляторов [255]. Техника ингаляции многих дозированных аэрозолей требует синхронизации вдоха и нажатия на баллончик. Без разъяснения и демонстрации правильного использования индивидуального ингалятора сложно ожидать того же от больного [211]. В результате он вдыхает меньшее количество лекарства. При каждом последующем визите врач обязан проверять ингаляционные устройства, технику ингаляции у пациента и исправлять имеющиеся ошибки. Все большее распространение получает самообучение технике ингаляции с помощью обучающих интерактивных программ на компьютере и планшете [260].

Решением проблемы с синхронизацией дыхательного маневра может стать использование спейсера. Однако применение данного устройства ограничено относительно большим размером спейсера и необходимостью дополнительно его приобретать. Большинство пациентов, ведущих активный образ жизни, предпочитает обходиться без спейсера [154, 206].

Высокая стоимость назначенного лечения отрицательно влияет на кооперативность больного, провоцируя его снижать дозировку, кратность приема препарата, менять на более дешевый. Практически во всех регионах страны возникают проблемы обеспечения больных бронхиальной астмой противоастматическими препаратами, и больные вынуждены их покупать за собственные средства. Кроме этого, на приобретение спейсера, пикфлоуметра и других

необходимых приспособлений льготы не распространяются. Поэтому при разработке индивидуального плана ведения необходимо учитывать особенности состояния здравоохранения и индивидуальные возможности пациента. Так, опрос 216 больных бронхиальной астмой выявил, что 29% опрошенных не могут достать спейсер, а 15% – пикфлоуметр. Доктору необходимо иметь данные о наличии препаратов в аптечной сети и обозначить пациенту круг альтернативных лекарств. В противном случае больной выполнит замену препаратов самостоятельно или с помощью аптечного работника, что не всегда полезно [154].

На кооперативность больного негативно влияют также личностные качества, психологические особенности пациента, его восприятие эффективности лечения и психическое состояние [33]. Имеющиеся работы свидетельствуют о наличии у алекситимичных пациентов устойчивости к проводимой терапии и развитию осложнений бронхиальной астмы [6]. Установлено, что наиболее значимый вклад в формирование позитивной кооперативности на психологическом уровне вносит потребность больного в безопасности [165].

В клинических исследованиях выявлены факторы, которые практически не поддаются влиянию: психологические проблемы (особенно тревога и депрессия); когнитивные расстройства (дефекты интеллекта); бессимптомное заболевание (больной не видит повода для приема препаратов); анозогнозия; длительность заболевания (привычки); стоимость лечения; отсутствие социальной поддержки лекарственными препаратами; пропуск доз (только внутренний самостоятельный контроль больного); неадекватное ведение или планирование визитов (со стороны врача); побочные эффекты препаратов или беспокойство о таких эффектах (кортикофобия); недостаточная вера в терапию; непонимание сути заболевания и неграмотность больных в вопросах здоровья (низкая информированность); плохие взаимоотношения пациента с медицинским персоналом; препятствия уходу и лечению; сложность

терапии и процедур приема лекарства; некоторые этническая принадлежность, социальные, экономические и демографические факторы [302, 303, 308, 320].

Исследователями показано положительное влияние кооперативности на тяжесть течения заболевания [16, 165, 321]. Ведущие руководства подчеркивают важность следования адекватному плану ведения пациентов с бронхиальной астмой для достижения контроля заболевания [145, 269].

Несмотря на существенные трудности, кооперативность можно и нужно повышать для достижения стойкого и длительного эффекта терапии. Одним из важнейших механизмов повышения приверженности лечению у больных людей является мотивация к лечению. Актуальность изучения мотивационной сферы больных бронхиальной астмой заключается в понимании механизма формирования мотивации к лечению, в определении истинных мотивов поведения больных, что позволит целенаправленно влиять на становление мотивации к лечению и эффективно управлять процессом терапии.

Психология мотивации – самая сложная среди других областей психологической науки, насыщенная множеством разработками практиков и трудов теоретиков. Это колоссальный, но недостаточно упорядоченный массив теорий и экспериментов. К настоящему времени на основе тысяч эмпирических исследований разработано более пятидесяти мотивационных теорий. Мотивации и мотивам посвящено большое количество публикаций отечественных (В.Г. Асеев [11], В.К. Вилюнас [36], А.Н. Леонтьев [97], Б.Ф. Ломов [103], А.К. Маркова [111], П.М. Якобсон [204] и др.) и зарубежных исследователей (Дж. Аткинсон [222], Д. МакКлелланд [291], А. Маслоу [114], С.Л. Рубинштейн [150], Х. Хекхаузен [185] и др.).

До настоящего времени вопрос природы феномена мотивации остается дискуссионным, требует глубокой теоретико-методологической проработки. Также окончательно не выявлены факторы, условия и средства, существенно влияющие на

формирование мотивационной сферы личности [156, 188].

Мало изученной оказалась важная для медицинской теории и практики мотивация к лечению. Мотивация к лечению – это побуждение к выздоровлению, базирующееся на внутреннем биологическом инстинкте выживания, а также на полученной информации и осознании ситуации. Данная мотивация отражается в определенном поведении человека по отношению к своему здоровью. Причины недостаточной мотивации к лечению различны. Для отдельных, особенно тяжелых болезней типичны психологические реакции: депрессия, апатия, изменение личности, стрессовое состояние. Они могут значительно снизить интерес к жизни и, соответственно, мотивацию к лечению. Другой существенной причиной низкой мотивации является недостаточная оценка важности лечения и опасности болезни вследствие дефицита информации или неадекватного ее восприятия. Характер больного, уровень его культуры, семейные и религиозные традиции имеют большое значение. Побочные эффекты предыдущего лекарственного лечения и прежние врачебные неудачи также могут повлиять на готовность продолжить лечение. Врачебный непрофессионализм, поверхностность, отсутствие интереса к больному вызывают недоверие пациента и снижают его мотивацию. Чрезмерная мотивация приводит к увеличению уровня активности и напряжения больного, закликает его на избыточном самоанализе, ненужных обследованиях, чрезмерных измерениях и приемах препаратов, и фиксирует его на болезни. Такая мотивация может явиться причиной нервных срывов и отрицательных эмоциональных реакций. Адекватная мотивация у больных, владеющих информацией и понимающих конкретную медицинскую ситуацию, является залогом успешного лечения [121]. Ведущее значение в эффективности психотерапии специалисты различных школ придают мотивации своих пациентов, считают ее необходимой предпосылкой для лечения [113, 168, 239].

Здоровье в каждую эпоху человечества является самой главной

ценностью в жизни и этим мотивировано стремление сохранить или вернуть здоровье. Но парадоксально, что в реальности человек сначала тратит здоровье для того чтобы заработать денег, а потом тратит деньги, для того чтобы восстановить здоровье.

Большинство врачей сходятся во мнении, что невозможно вылечить человека никакими методами помимо его воли и без веры в исцеление. В современном мире в лечении болезней основную роль играют врачи и фармацевтические компании. Лечит не только лекарство, но и вера пациента в доктора, в лекарство, в собственные силы, которую часто врачи и сам пациент разрушают. На пути к здоровью у человека стоит много преград, и отсутствие веры – одна из главных из них.

Вера в излечение - не однозначное и непростое состояние. Если болезнь принимает затяжной характер, вера постепенно угасает и может исчезнуть совсем. Остается пустота, тоска и полная апатия ко всему, что его окружает. Такое состояние очень опасно, потому что человек теряет надежду на выздоровление. Существует много примеров, когда люди, имея твердую веру, излечивались от самых тяжелых недугов.

Известен так называемый «эффект плацебо». Плацебо (от лат. *Placere* - «понравлюсь») – вещество без явных лечебных свойств, используемое в качестве лекарственного средства, лечебный эффект которого связан с верой самого пациента в действенность препарата («пустышку»). Это абсолютная вера в исцеление, которая является основным невидимым компонентом любого лекарства. Кроме того, термином «эффект плацебо» называют само явление улучшения здоровья человека благодаря тому, что он верит в эффективность некоторого воздействия, в действительности нейтрального. Сильная вера в излечение запускает внутренние физиологические процессы, которые и могут побороть любую болезнь.

В наше время плацебо применяется в любом клиническом исследовании - тестируемое лекарство и контрольный препарат («пустышка») случайным образом распределяются между

испытуемыми. Пациенты не знают, что именно им досталось. При этом определенный положительный эффект наблюдается даже при приеме плацебо, за счет веры испытуемого в целебную силу лекарства. Суть плацебо в будущем позволит понять, каким образом организм человека, поверившего в лекарство, излечивает себя сам. Некоторые ученые считают, что врачи могут использовать эффект плацебо, чтобы снижать пациентам дозу лекарства, компенсируя это за счет силы убеждения.

Противоположный эффект, получивший название «ноцебо» (от лат. *Nocebo* – «поврежу»), возможно, еще сильнее. Вера в негативные последствия может навредить. Для распространения эффекта ноцебо достаточно информации о побочных эффектах препарата, слуха или сплетни, услышанных случайно, субъективного отношения врача к конкретному лекарству.

Еще одно мотивационное состояние – надежда – связано с переживанием человека при ожидании желаемого события, и отражает предвосхищаемую вероятность его реального осуществления. Надежда формируется на основе субъективного опыта, накопленного в прошлом в сходных ситуациях, и в результате познания объективных причин, от которых зависит ожидаемое событие. Предсказывая возможное развитие событий в сложившихся обстоятельствах, надежда играет роль внутреннего регулятора деятельности, помогающего человеку предполагать ее последствия и целесообразность. При сильно выраженной потребности надежда может сохраняться даже в отсутствие обосновывающих ее условий (в расчете на случай, везение, удачу) [71].

Важнейшей целью терапии бронхиальной астмы является достижение полного контроля течения болезни и стабильность его в динамике. Наряду с фармакологическим компонентом поддержания контроля бронхиальной астмы, существуют резервы нефармакологического характера, способствующие повышению кооперативности больных и, как следствие, достижению контроля заболевания.

Учитывая социальную значимость бронхиальной астмы, изучение факторов немедикаментозного характера, влияющих на формирование кооперативности больных, мотивации к лечению и достижения контроля заболевания, а также оптимизация существующих и разработка новых эффективных способов их коррекции представляется чрезвычайно актуальным направлением исследований.

СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ КООПЕРАТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ

Для удобства принятия правильного решения по тактике лечения бронхиальной астмы разрабатываются специальные стандартизированные программы для специалистов первичного звена системы здравоохранения [241, 306]. В основе программ лежит соблюдение простых в использовании принципов, которые могут применяться, в том числе, и у больных с множественными сопутствующими заболеваниями. Для таких программ за рубежом используются электронные технологии, веб-сайты, интернет-консультации. Так как одним из факторов, негативно влияющих на приверженность пациентов терапии, является их низкий доход [326], в некоторых странах принимается стратегия выдачи льготной категории населения жизненно необходимых препаратов безвозмездно. При различных хронических заболеваниях наилучшую эффективность выполнения врачебных рекомендаций показывает ежедневный и круглосуточный мониторинг приема препаратов [275].

Так как в процессе лечения участвуют сам больной, его лечащие врачи, система здравоохранения и фармацевтические организации, вопрос повышения кооперативности имеет несколько разносторонних подходов. При любой патологии большое значение имеет информированность больного о своем заболевании, образование значительно повышает кооперативность пациента [286, 314]. Четкое знание больным бронхиальной астмой алгоритма поведения при приступе удушья, осведомленность о принципах противоаллергического режима, владение основами самоведения и

самоконтроля в значительной степени повышают его кооперативность. Однако информацию пациенты преимущественно получают из непрофессиональных источников. Поэтому астматиков и членов его семьи рекомендуется извещать о том, что бронхиальная астма является контролируемым заболеванием и не должна сказываться на качестве жизни, объяснять им разницу между базисными и «скоропомощными» препаратами.

Большое значение в кооперативности играет индивидуальное обучение, которое проводит пульмонолог на приеме: совместно с пациентом разрабатывает схемы лечения, обучает и проверяет технику ингаляции, оценивает уровень контроля заболевания. Проведенные исследования влияния на кооперативность социально-демографических факторов, особенностей лечения, обучения в астма-школах показали, что индивидуальные занятия с пульмонологом не уступают по эффективности обучению в астма-школах и способствуют улучшению текущей кооперативности [33, 57, 154]. При этом важным прогностическим фактором является достижение краткосрочного контроля симптомов [331].

Особое внимание должно быть уделено образовательным программам для больных бронхиальной астмой (астма-день, астма-школа, популярные медицинские журналы, другая специализированная литература, аудио- и видеоматериалы для пациентов) [154].

Наиболее удобной формой обучения больных является применение «астма-школы». Первая астма-школа в России была создана в конце 80-х годов сотрудниками кафедры пульмонологии СПбМАПО (профессор О.В. Коровина, профессор С.А. Собченко, асс. А.А. Знахуренко). Разработанная в те годы оригинальная методика, включающая в себя индивидуальный терапевтический курс и только затем групповое реабилитационно-диспансерное наблюдение и обучение пациентов с разными клиническими формами астмы, выдержала испытание временем [158]. Стандартная астма-школа охватывает следующую тематику: представление о бронхиальной

астме и возможностях ее лечения; оценка тяжести своего состояния; приемы управления астмой; ингаляционные устройства для лечения астмы; правильная техника ингаляции; лечение и профилактика ОРЗ, как провокатора обострений; питание; дыхательная гимнастика и физкультура для больных, закаливание; профилактика обострения бронхиальной астмы [35, 39].

Больной бронхиальной астмой общается с врачом в среднем около получаса в год, остальное время он находится наедине с собой и своей болезнью. Это обуславливает важность овладения методикой самоконтроля. Задача астма-школы – обучить этому пациента, дать ему план действий. Грамотное обучение позволяет повысить информированность больных; увеличить количество больных, находящихся на регулярной терапии; повысить приверженность к лечению и ГКС; снизить потребность в ингаляциях бронхолитиков короткого действия; улучшить показатели функции внешнего дыхания; улучшить качество жизни; снизить кратность обращений в службу скорой медицинской помощи и число госпитализаций [15, 44, 199]. По данным фармакоэкономического анализа «затраты/эффективность» и «затраты/полезность» проведение «активной астма-школы» для больных бронхиальной астмой является наиболее экономически целесообразным в плане улучшения показателей функции внешнего дыхания и уменьшения симптоматики [44].

В начале 90-х годов XX века ВОЗ определила стратегическое направление развития здравоохранения во всем мире: «фокус на пациента». Данная стратегия поменяла роль и провизоров, основной целью профессиональной деятельности которых, наряду с увеличением количества и качества препаратов на рынке, становится повышение эффективности и безопасности лекарственной терапии конкретного больного – обеспечение надлежащего качества фармацевтической опеки. Фармацевтическая опека – ответственность провизора перед конкретным пациентом за результат лечения лекарственными препаратами. На провизора возложена обязанность

обеспечить больного не только качественными лекарствами и изделиями медицинского назначения, но и содействовать их рациональному использованию [177, 191]. Кроме того, провизор в системе здравоохранения тесно связан с развитием концепции ответственного самолечения. Самолечение – это разумное использование потребителем (включая членов его семьи и знакомых) лекарственных препаратов, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных им самим. Самолечение нельзя рассматривать как альтернативу врачебного лечения, оно должно иметь свои пределы там, где картину болезни и ее причины невозможно установить непрофессионалу, а применение лекарств на свой страх и риск может нанести вред [177]. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные о том, что 33% россиян обращаются к врачам при возникновении недомогания и до 3% предпочитают помощь народных целителей или не лечиться [48].

В частности, многолетний опыт применения иГКС доказал их высокую эффективность в снижении числа и тяжести обострений, улучшении показателей функции внешнего дыхания и контроля бронхиальной астмы. При том, что современные иГКС обладают хорошим профилем безопасности и не вызывают инвалидизирующих осложнений, свойственных системным гормонам, у многих больных бронхиальной астмой сохраняется кортикофобия, что препятствует регулярному лечению. В ряде исследований выявлено, что иГКС регулярно использовали лишь 23% больных [240], и не все имели при себе ингаляторы (чаще отсутствовали у мужчин) [289]. Из-за кортикофобии больные стремятся отсрочить начало терапии, уменьшают дозу препарата и кратность приема или самостоятельно отменяют иГКС. Выходом из подобной ситуации считается грамотная просветительская работа со стороны врачей [100]. Равнодушный или категоричный подход может отпугнуть больного и направить его на путь неконтролируемого самолечения [127, 154].

Для повышения кооперативности решающее значение имеют

обучение и поддержка больных в виде: предоставления информации о лекарственных препаратах; помощи в управлении лекарственных осложнений; снижения социальной изоляции; консультирования пациентов по вопросам организации ежедневного графика приема препаратов; мониторинга симптомов; поддержки эмоционального благополучия; поощрения пациента при соблюдении соответствующего образа жизни. Миллионы пациентов в мире были, таким образом, поддержаны и имели ощутимое повышение комплаенса в гинекологии, психиатрии, онкологии, при сахарном диабете, при проблемах питания, гипертонии, ИБС, дислипидемии, остеопорозе, астме, слабоумии и других расстройствах (рис. 1) [292].

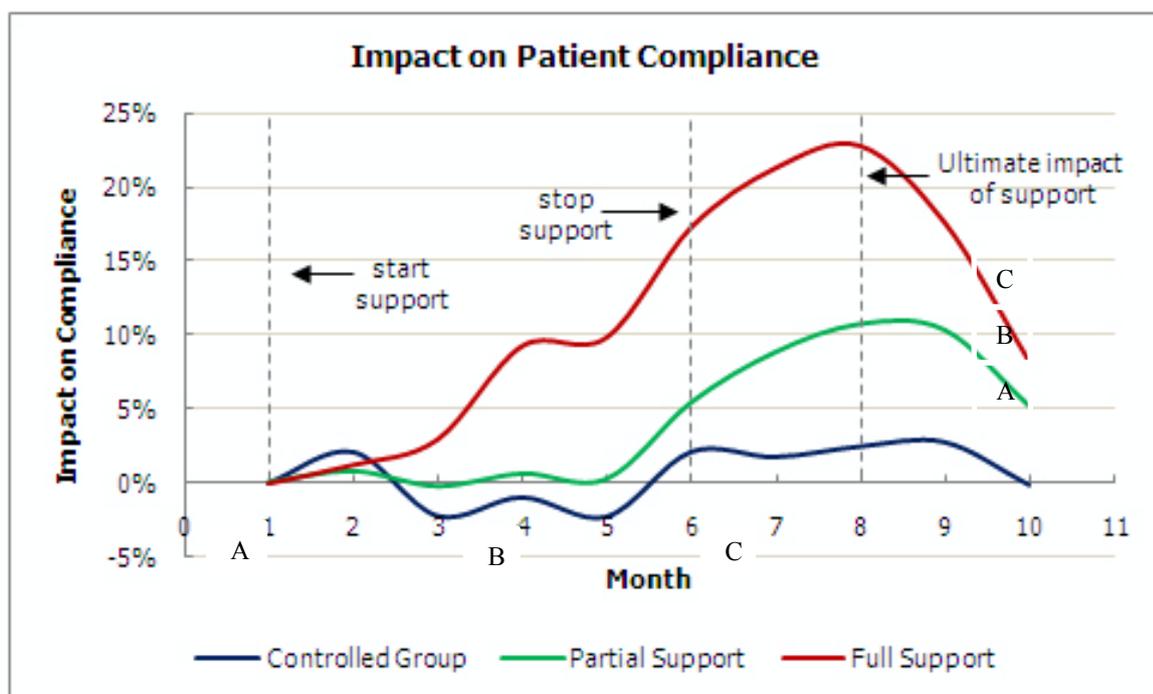


Рис. 1. Влияние поддержки на комплаенс пациентов (цит. по [292]).

В США и европейских странах для лучшего выполнения врачебных рекомендаций пациентам намеренно предоставляется возможность принять участие в собственном лечении. Правительства ввели правило «разумного использования» медицинской информации о пациенте. С этой целью активно используются медицинские

интернет-порталы, через которые пациенты могут безопасно просматривать отчеты лаборатории, запрашивать рецепт на препараты и задавать вопросы их поставщикам. Все это увеличивает соблюдение пациентом разработанных планов лечения [343].

Другой носитель повышения комплаенса за рубежом – мобильная технология. Врачи и пациенты используют телефоны, смартфоны и другие устройства, на которых возможно установить медицинские приложения, чтобы помочь пациенту в мониторинге и соблюдении назначений. Текстовые сообщения-напоминания все чаще используются для обеспечения соответствия требованиям пациента. Исследования показывают, что ежедневные текстовые сообщения, напоминающие пациентам о приеме своих лекарств, улучшили степень комплаенса и здоровья пациентов, особенно у молодых лиц [343, 344].

Благодаря телемедицинской технологии, врачи имеют хорошие возможности для удаленного мониторинга пациентов в режиме реального времени, предоставления рекомендаций и корректировки лекарств в зависимости от ситуации, а не ждут следующего посещения пациентом. Телемедицина, используя персональные мобильные устройства, становится все более важной для мониторинга пациентов с хроническими заболеваниями [343].

Системы мониторинга в виде «умных медицинских флаконов» (MEMS или eCAP), смарт аптечных флаконов (eCAP или GlowCap) или смарт блистер-пакетов (Med-IC или Sererak) часто используются в клинических испытаниях, где необходимо точное соблюдение указаний. Такие системы, как правило, работают без участия пациента, бутылка или флакон фиксируют дату и время приема и извлечения лекарства из блистерной упаковки. Данные могут быть считаны с помощью специальных приложений или NFC-совместимых устройств, таких как смартфоны или компьютер. Доказано, что использование таких устройств может помочь контролировать гипертензию [324] и бронхиальную астму [280, 287].

Таким образом, в настоящее время за рубежом усилия по

обеспечению приверженности направлены на упрощение способа доставки лекарства, обеспечение эффективного напоминания о приеме препарата, повышение образованности пациента и ограничение количества одновременно принимаемых лекарств.

Установлено, что комплаенс больных зависит также от заинтересованности процессом лечения лечащего врача. Имеется ряд публикаций, описывающих мотивационные предпочтения врачей, степень удовлетворенности своей профессиональной деятельностью, причины, мешающие реализации профессиональных знаний, значимость для врачей различных материальных и моральных факторов стимулирования в различных областях медицины [41, 88, 198]. Качество медицинского обслуживания при лечении бронхиальной астмы, к сожалению, остается неоптимальным [278]. Строгое следование стандартам и рекомендациям ведущих руководств по ведению больных может повысить качество медицинской помощи, однако, по данным некоторых исследований, остается низким [225]. В США исследовалась эффективность дополнительного обучения врачей в рамках «Модулей Самооценки» (Self-Assessment Module – SAM), которые проводятся в рамках «поддержки сертификации семейных врачей» (Maintenance of Certification for Family Physicians – MC-FP). Анализ тестирования врачей до обучения, сразу после окончания группы и через 6 мес. показал увеличение знаний и соблюдение врачами принципов ведения бронхиальной астмы. Диагностика степени тяжести улучшилась от 48,3% до 80,2%, а использование индивидуальных планов ведения увеличилось с 8,1% до 54,1%. Знание врачами ведущих руководств по лечению сразу улучшилось после SAM и было устойчивым на протяжении 6 месяцев. Расширение знаний отразилось на клинических навыках: 30% участников сообщили о большем удобстве в оценке контроля после SAM (контроль увеличился до 97,5% через 6 месяцев). Полученные данные позволяют утверждать, что группа SAM может быть эффективным методом для повышения уровня знаний у врачей и приверженности к

клиническим руководствам [278].

Наряду с повышением профессионального уровня врачей, расширением осведомленности самих больных о закономерностях бронхиальной астмы, внешним контролем состояния больных со стороны системы здравоохранения, не менее результативным представляется повышение внутренней заинтересованности и мотивации пациентов к лечению, как способу улучшения самочувствия и состояния здоровья.

ГЛАВА 2.

КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Дизайн исследовательской работы

Для обеспечения всесторонней оценки как соматических, так и психологических потенциальных факторов воздействия на течение и контроль бронхиальной астмы настоящее комплексное обследование проводилось на базе пульмонологического отделения и консультативно-диагностического отделения клиники Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания».

Запланированная исследовательская работа предполагала открытый дизайн с пятью последовательными этапами.

Первый этап представлял собой предварительное поисковое исследование и теоретический анализ научной литературы по проблемам исследования: вопросы достижения больными контроля бронхиальной астмы, факторы, влияющие на этот процесс, разработка темы кооперативности больных и мотивации к лечению. Результаты этого этапа представлены в главе 1.

Второй этап состоял в исследовании уровня, компонентов и типа кооперативности и контроля бронхиальной астмы в когорте больных, госпитализированных в специализированное пульмонологическое отделение. Когортные исследования позволяют в процессе непрерывного наблюдения в течение определенного промежутка времени в группе, изначально объединенной общим признаком, выявить связь других признаков с исходами. Общим для группы в данной исследовательской работе являлось наличие бронхиальной астмы, а исходом считался уровень достижения контроля заболевания. С целью поиска психологических составляющих, влияющих на формирование контроля бронхиальной

астмы, в обследуемой выборке комплексно определялись степень информированности больных о закономерностях заболевания, уровень, компоненты и тип кооперативности, личностные особенности, внутренняя картина болезни, алекситимия, эмоциональное состояние и психопатологическая симптоматика.

Третий этап исследовательской работы характеризовался применением и оценкой эффективности разработанных образовательных программ для увеличения информированности больных о закономерностях бронхиальной астмы с целью повышения их кооперативности и, как следствие, достижения контроля заболевания. Все пациенты на стационарном этапе лечения проходили обучение по стандартной программе пятидневной астма-школы. Затем, пациенты, не достигшие контроля бронхиальной астмы, проходили дополнительное обучение в трехдневной оптимизированной астма-школе. С родственниками больных, не достигавших контроля бронхиальной астмы и после второго курса обучения, проводились информационные занятия с целью расширения их осведомленности о болезни и подготовки родственника в качестве дополнительного контролирующего процесс терапии фактора. При выписке из стационара все пациенты получали рекомендации по соблюдению медикаментозной терапии, самоконтролю, диете и были предупреждены о необходимости повторного визита в клинику через 4-6 недель и 3-6 месяцев. В течение последующего периода больные продолжали наблюдаться в консультативно-диагностическом отделении клиники Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания или по месту жительства.

Четвертый этап включал последовательные фазы:

1. Исследование мотивационных особенностей личности здоровых лиц и разработка информативных методик измерения направленности мотивации;

2. Изучение особенностей мотивации и их влияния на формирование кооперативности и контроля бронхиальной астмы у

исследуемых больных (обследование проводилось через 3-6 месяцев после госпитализации и обучения в астма-школе).

Пятый этап (аналитический) исследовательской работы состоял в анализе полученных результатов; разработке прогностической модели контроля бронхиальной астмы с учетом выявленных клинико-психологических особенностей, влияющих на данный феномен; разработке алгоритма повышения кооперативности больных и достижения контроля бронхиальной астмы, учитывающего возможности информирования, образовательных и мотивационных программ.

Клиническая характеристика обследованного контингента

После получения согласия пациентов на участие в исследовании были отобраны 193 больных, отвечавших критериям включения и проходивших курс стационарного и амбулаторного обследования и лечения в пульмонологическом отделении клиники Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания. Все исследования были проведены с учетом требований Хельсинкской декларации (Рекомендации для врачей по биомедицинским исследованиям на людях, WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013), нормативных документов Министерства здравоохранения РФ (Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г., №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. (с изменениями и дополнениями), стандарта отрасли ОСТ 42-511-99 «Правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации» от 29.12.98 г.) и одобрены Комитетом по биомедицинской этике Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания. У всех здоровых и больных лиц было получено информированное согласие. Диагноз бронхиальной астмы выставлен с учетом Международной классификации болезней

ВОЗ X пересмотра (1992), Глобальной стратегии по лечению и профилактике бронхиальной астмы (GINA, 2002-2013) и требований Комиссии номенклатурного комитета Всемирной организации по аллергии (2003).

Обследование начинали с выявления жалоб и сбора анамнеза заболевания, включающего в себя сведения о длительности болезни, возрастном периоде начала заболевания, состоянии, предшествующем первым признакам бронхиальной астмы, особенностях клинических проявлений болезни, частоте возникновения и продолжительности приступов удушья, лекарственных средствах, применяемых для их купирования, имеющейся инвалидности и ее стаже. Аллергологический анамнез содержал сведения о наличии атопических заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов, внелегочных аллергических реакциях. Особое внимание уделяли факторам, способствующим развитию первых приступов удушья. Оценивали степень участия специфических факторов (контакты с пыльцевыми аллергенами, домашней пылью, животными, прием лекарственных препаратов и пищевых продуктов) в появлении признаков бронхиальной астмы. Обращали внимание на влияние неспецифических факторов (физическая нагрузка, холодный воздух, резкие запахи, психоэмоциональное напряжение) на развитие приступов удушья и обострение течения заболевания.

Исходное клинико-функциональное обследование пациентов проводили в период клинических проявлений бронхиальной астмы (вводный период наблюдения), в основном, в условиях стационара. Методами осмотра, перкуссии, аускультации тщательно изучали системы дыхания и кровообращения. При осмотре больного оценивали состояние кожных покровов, слизистых оболочек полости рта, носа, конъюнктивы, форму грудной клетки. Определяли характер одышки, число дыханий в минуту.

Лабораторные исследования включали клинический анализ крови, общий анализ мокроты, биохимическое определение сывороточных концентраций фибриногена, сиаловых кислот, средних

молекул, показатели иммунного статуса организма [91].

Анализировали показатели спирографии, электрокардиографии, рентгенологическое исследование органов грудной клетки предусматривало полипозиционную широкоформатную флюорографию или рентгенографию легких в двух проекциях. Больные осматривались пульмонологом, оториноларингологом, окулистом, неврологом, психиатром и, по показаниям, другими специалистами.

В исследовании участвовали больные бронхиальной астмой различной степени тяжести, мужского и женского пола, среднего возраста, госпитализированные в пульмонологическое отделение клиники Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания за период с 2010 по 2014 годы. Отбор больных соответствующего профиля проводился с учетом клинических данных и результатов предварительных исследований функциональных расстройств в соответствии с рекомендациями международной группы экспертов – Глобальной инициативы по лечению и профилактике астмы [119, 269].

Из выборки исключались пациенты, страдавшие бронхиальной астмой тяжелой степени, осложненной легочной и внелегочной патологией, в том числе энцефалопатией, принимавшие системные глюкокортикоиды; страдающие иной соматической патологией, способной влиять на психическое состояние пациента; обнаруживавшие признаки тяжелой психической патологии, затруднявшей исследование: органическое психическое расстройство, эндогенные психозы, психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ, умственная отсталость [116].

Комплексное клинико-морфофункциональное обследование выполнено 193 больным бронхиальной астмой. Группу обследованных больных составили 22% легкой (43 человека), 63% средней степени тяжести (121 человек) и 15% тяжелой персистирующей бронхиальной астмой (29 человек) в фазе

обострения и нестойкой ремиссии.

Результаты комплексного клинического обследования пациентов свидетельствовали об относительной однородности изучаемой выборки, 95% больных имели смешанную форму бронхиальной астмы (J45.8 по МКБ), 5% – атопическую форму (J45.0) (6 больных легкой и 3 больных среднетяжелой бронхиальной астмой), 0,5% – неаллергическую астму (J45.1).

Средний возраст пациентов – $42,9 \pm 0,9$ лет (от 18 до 60 лет), то есть наиболее часто болели лица трудоспособного возраста (табл. 2). Распределение по возрасту проводилось согласно возрастной периодизации биологического жизненного цикла человека [110]. Лица, относящиеся к пожилому периоду (мужчины 61-74 лет и женщины 56-74 лет) и старше (старческий возраст и долгожители), были исключены из обследования. Отличия по возрасту между мужчинами и женщинами касались большего количества мужчин в первом периоде и женщин второго периода зрелого возраста ($p < 0,01$). Среди обследованных больных 74% (143 человека) составили женщины и 26% (50 человек) – мужчины. Средняя длительность заболевания $6,5 \pm 0,6$ лет (от двух месяцев до 49 лет). При чем, 69 больных (36%) стаж заболевания был до одного года, а у 20 пациентов (10%) исчислялся более 20 годами.

При сборе анамнестических сведений особое внимание уделялось неспецифическим факторам, провоцирующим симптомы астмы (в частности физической и эмоциональной нагрузке, погодным условиям, переживаемым стрессовым и психотравмирующим ситуациям). Из интервью с пациентами было установлено, что у 43% (83 человек) обследованных началу заболевания предшествовали различного рода психотравмирующие ситуации (перемена места жительства, неприятности в семье или на работе, беременность, тяжелые роды, смерть или серия смертей близких людей, физическое насилие и др.). Изучение наследственного анамнеза выявило, что у 41% обследованных имелись один или более родственников, страдающих бронхиальной астмой, хроническими заболеваниями

дыхательной системы и/или аллергическими заболеваниями.

Таблица 2

Возрастно-половой состав больных бронхиальной астмой
(*Shapiro-Wilk W test; M-L χ^2*)

Возрастные группы (лет)	Пол						Всего по группам	
	Мужчины			Женщины				
	число больных	% муж	% всего	число больных	% жен	% всего	число больных	%
Юношеский возраст: юноши 17-21 девушки 16-20	1	2	0,5	2	1,4	1	3	1,5
Зрелый I период: мужчины 22-35 женщины 21-35	20	40	10,4	33	23,1 *	17,1	53	27,5
Зрелый II период: мужчины 36-60 женщины 36-55	29	58	15	108	75,5*	56	137	71
Всего	50	100	25,8	143	100	74,2	193	100

*Примечание: % муж, % жен – доля от выборки мужчин и женщин, соответственно; % всего – доля от всей совокупности больных.
* – статистически значимые различия между количеством мужчин и женщин в отдельных возрастных периодах.*

При исследовании социального статуса больных выяснено, что в группе больных бронхиальной астмой рабочие составляли 4%, служащие – 85%, студенты – 7%, неработающие – 4%.

Для удобства анализа клинико-функциональных характеристик больные бронхиальной астмой были объединены в три группы, в

основу деления была положена степень выраженности заболевания. По средней продолжительности бронхиальной астмы группы в зависимости от степени тяжести были однородны ($p > 0,5$).

Клиническая характеристика пациентов I группы

Первую группу образовали 43 пациента с легкой персистирующей бронхиальной астмой, из них 27 женщин (63%) и 17 мужчин (37%). Средний возраст $38 \pm 1,9$ лет (от 18 до 57 лет). Средняя продолжительность заболевания по группе составила $6,3 \pm 1,6$ года (табл. 3). 18 больных связывали настоящее заболевание с перенесенной в детстве инфекцией (ОРЗ, острый и хронический бронхит), один человек на протяжении жизни перенес острую пневмонию. У 28 больных (65%) были диагностированы сопутствующие заболевания верхних дыхательных путей (табл. 4).

У 7 человек родители и близкие родственники болели хроническим бронхитом, у 5 – бронхиальной астмой, у одного – раком легкого. Таким образом, 35% больных данной группы имели отягощенную по легочным заболеваниям наследственность.

Ведущими жалобами у всех наблюдаемых пациентов были приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с выделением мокроты и одышка. Жалобы и клиническая симптоматика описаны в табл. 5. У 56% больных I группы отмечались ежедневные приступы удушья в течение недели перед поступлением, у 30% – 1 раз в неделю или чаще, но реже 1 раза в день, у 14% – реже 1 раза в неделю. Состояние дыхательного дискомфорта отмечали 21 человек (49%). Жалобы на одышку при значительной и умеренной физической нагрузке предъявляли 39 пациентов (91%). Субъективная реакция на холод отмечалась в 7 случаях (16%). Ухудшение самочувствия при переходе в теплое помещение было у 12 больных (28%). У одного человека профессия была связана с постоянным пребыванием на открытом воздухе.

При объективном исследовании аускультативно определялось везикулярное дыхание, у трех человек (7%) – сухие хрипы в нижних

отделах легких. У всех больных 1 группы границы сердца были в пределах нормы. Тоны сердца у 37 человек (86%) были ясные, у 3 (7%) – громкие, у 3 (7%) – приглушенные. Нормальные показатели функции внешнего дыхания выявлялись у большинства больных анализируемой группы – у 37 человек (86%), легкие нарушения вентиляционной функции – у 5 человек (12%) и умеренные – у одного человека (2%). Практически по всем усредненным относительным показателям проходимости дыхательных путей, первая группа значительно отличалась от третьей и по некоторым – от второй (табл. 6). Пятнадцати больным (35%) диагноз бронхиальной астмы был выставлен при данной госпитализации впервые. При рентгенологическом исследовании у пациентов 1 группы изменений со стороны легких и сердца не отмечено. У 12 пациентов (72%) фиксировалась умеренная артериальная гипертензия. При этом диагноз гипертоническая болезнь первой стадии был выставлен у пяти человек, второй стадии – у семи. В 64% случаев имелась сопутствующая патология верхних дыхательных путей и другие хронические заболевания (табл. 4). На ЭКГ у 16 больных (37%) регистрировалась повышенная нагрузка на правый желудочек. Структура лабораторных показателей представлена в таблице 7. Частота встречаемости аллергических триггеров в анамнезе у пациентов с бронхиальной астмой отражена в таблице 8.

Таблица 3

Длительность заболевания бронхиальной астмой

Длительность болезни (интервалы)	1 группа (n=43)		2 группа (n=121)		3 группа (n=29)	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
До 3 лет	23	53,49	51	42,15	13	44,83
3-5 лет	6	13,95	21	17,36	3	10,34
5-10 лет	7	16,28	16	13,22	5	17,24
Более 10 лет	7	16,28	33	27,27	8	27,59

Таблица 4

**Частота основных сопутствующих диагнозов в анамнезе у больных
бронхиальной астмой**

Диагноз	1 группа (n=43)		2 группа (n=121)		3 группа (n=29)	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
1	2	3	4	5	6	7
Острый и хронический необструктивный бронхит	21	48,8	54	44,6	13	44,8
Хроническая обструктивная болезнь легких	–	–	4	3,3	8	27,6
Аллергический и вазомоторный ринит	28	65,1	68	56,2	8	27,6
Острый и хронический конъюнктивит	7	16,3	18	14,9	–	–
Острый и хронический фаринголарингит	13	30,2	51	42,1	6	20,7
Острый и хронический синусит (гайморит, фронтит, этмоидит)	10	23	30	24,8	1	3,4
Острый и хронический отит	1	2,3	3	2,4	1	3,4
Сикоз носа	1	2,3	–	–	–	–
Острая пневмония	1	2,3	4	3,3	3	10,3
Искривление носовой перегородки	7	16,3	19	15,7	5	17,2
Атопический дерматит	3	6,9	2	1,6	–	–
Хроническая герпес- вирусная инфекция	3	6,9	10	8,2	1	3,4
Хроническая цитомегало- вирусная инфекция	1	2,3	6	4,9	–	–
Хламидиоз респираторной системы	1	2,3	2	1,6	–	–
Микоплазменная инфекция респираторной системы	1	2,3	1	0,8	–	–
Кандидоносительство	–	–	5	4,1	1	3,4
Микоз дыхательных путей	–	–	3	2,4	–	–
Кистозная гипоплазия легкого	–	–	1	0,8	2	6,9
Буллезная дисплазия легких	–	–	–	–	2	6,9

Таблица 4
(Продолжение)

1	2	3	4	5	6	7
Пневмофиброз, пневмосклероз	–	–	–	–	2	6,9
Туберкулез легких	–	–	–	–	1	3,4
Гипертоническая болезнь	12	27,9	48	39,7	14	11,6
Ишемическая болезнь сердца	3	6,9	13	10,7	6	20,7
Острый и хронический гастрит	8	18,6	10	8,2	1	3,4
Острый и хронический холецистит	–	–	9	7,4	–	–
Острый и хронический панкреатит	2	4,6	6	4,9	–	–
Острый и хронический колит	1	2,3	–	–	1	3,4
Острый и хронический пиелонефрит	2	4,6	21	17,3	1	3,4
Мочекаменная болезнь	3	6,9	8	6,6	–	–
Сахарный диабет	–	–	3	2,4	–	–
Алиментарное ожирение	7	16,3	18	14,9	10	34,5
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки	2	4,6	6	4,9	1	3,4
Остеохондроз позвоночника	5	11,6	18	14,9	6	20,7
Варикозная болезнь нижних конечностей	3	6,9	5	4,1	–	–
Тиреотоксический зоб	1	2,3	10	8,2	1	3,4
Гипотиреоз	–	–	1	0,8	–	–
Анемия	–	–	4	3,3	–	–
Ревматоидный артрит	–	–	1	0,8	–	–
Вегето-сосудистая дистония	12	27,9	22	18,2	4	13,8
Синдром соединительнотканной дисплазии	–	–	3	2,4	2	6,9
Остеопороз	–	–	1	0,8	1	3,4
Вирусный гепатит С	1	2,3	1	0,8	–	–
Иммунодефицитное состояние	–	–	6	4,9	–	–
Болезни глаз (миопия, глаукома, катаракта)	–	–	3	2,4	–	–

Таблица 5

**Частота основных клинических симптомов и синдромов у больных
бронхиальной астмой при поступлении в стационар**

Показатель	1 группа (n=43)		2 группа (n=121)		3 группа (n=29)	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Дыхательная недостаточность	2	4,6	43	35,5	19	65,5
Хроническое легочное сердце	3	6,9	24	19,8	14	48,3
Одышка						
при значительной и умеренной физической нагрузке	7	16,3	73	60,3	26	89,7
при эмоциональных стрессах	32	74,4	36	29,7	3	10,3
Кашель						
сухой	6	14	119	98,3	5	17,2
с мокротой	–	–	2	1,7	19	65,5
Характер мокроты						
слизистая	6	14	116	95,9	16	55,2
слизисто-гнойная	–	–	5	4,1	13	44,8
Аускультативная картина легких						
везикулярное дыхание	43	100	116	95,9	14	48,3
жесткое дыхание	–	–	5	4,1	12	41,4
ослабленное дыхание	–	–	–	–	3	10,3
Хрипы						
отсутствуют	40	93	75	62	2	6,9
сухие	3	7	27	22,3	8	27,6
влажные	–	–	19	15,7	19	65,5
Перкуторная картина легких						
легочный звук	121	100	121	100	11	38
коробочный звук	–	–	–	–	18	62
притупленный звук	–	–	–	–	–	–
АД						
нормальное	31	72	73	60,3	15	51,7
гипертензия (выше 140 и 100 мм рт.ст.)	12	28	48	39,7	14	48,3

**Показатели функции внешнего дыхания
у больных при поступлении в стационар и в контрольной группе**

(M±m, ANOVA, Newman-Keuls test)

Показатель	I группа (n=43)	II группа (n=121)	III группа (n=29)
ОФВ ₁ , % к должной p1 p2	91,75±2,22	84,57±2,18 0,068	48,22±3,39 <0,001* <0,001*
ЖЕЛ, % к должной p1 p2	101,31±2,08	105,56±8,07 0,756	71,99±3,79 <0,001* 0,048*
ИТ, % p1 p2	90,82±1,57	85,02±1,27 0,014*	64,17±2,77 <0,001* <0,001*
МОС ₅₀ , % к должной p1 p2	69,53±3,31	56,55±3,94 0,064	19,77±2,65 <0,001* <0,001*
МОС ₇₅ , % к должной p1 p2	57,31±3,21	45,47±2,58 0,013*	17,64±2,07 <0,001* <0,001*
ПОС, % к должной p1 p2	92,34±2,88	87,20±2,26 0,227	49,45±3,62 <0,001* <0,001*

*Примечание: I группа – больные бронхиальной астмой легкой степени тяжести; II группа – больные бронхиальной астмой средней степени тяжести; III группа – больные бронхиальной астмой тяжелой степени; p₁, p₂ – статистическая значимость различия среднего с I и II группой; * – статистически значимые различия.*

Таблица 7

Частота основных лабораторных показателей у больных бронхиальной астмой при поступлении в стационар

Показатель	1 группа (n=43)		2 группа (n=121)		3 группа (n=29)	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Количество эритроцитов						
менее $5,0 \cdot 10^{12}/л$	30	69,8	100	82,6	8	21,6
более $5,0 \cdot 10^{12}/л$	13	30,2	21	17,4	21	72,4
Количество лейкоцитов						
менее $9,0 \cdot 10^9/л$	38	88,4	110	90,9	26	89,7
$9,0-12,0 \cdot 10^9/л$	3	6,9	10	8,2	3	10,3
более $12 \cdot 10^9/л$	2	4,7	1	0,9	–	–
Эозинофилы (в %)						
менее 1	6	13,9	22	18,2	10	34,5
2-5	7	16,3	67	55,4	11	37,9
более 5	30	69,8	32	26,4	8	27,6
СОЭ (мм/час)						
менее 10	26	60,5	69	57	15	51,7
10–30	17	39,5	51	42,1	14	48,3
31–40	–	–	1	0,9	–	–
Общий белок (г/л)						
64 и менее	3	6,9	12	9,9	1	3,4
более 64	40	93,1	109	90,1	28	96,6
Глюкоза крови (ммоль/л)						
менее 5,5	31	72,1	88	72,7	21	72,4
более 5,5	12	27,9	33	27,3	8	27,6
Фибриноген (г/л)						
4,0 и менее	37	86,1	105	86,8	21	72,4
более 4,0	6	13,9	16	13,2	8	27,6
С-реактивный белок						
отрицательный	8	18,6	102	84,3	22	75,9
положительный	35	81,4	19	15,7	7	24,1
IgE						
ниже 100 кЕ/л	6	13,9	85	70,2	18	62,1
выше 100 кЕ/л	37	86,1	36	29,8	11	37,9

**Частота встречаемости аллергических триггеров в анамнезе у
пациентов с бронхиальной астмой**

Аллерген	1 группа (n=43)		2 группа (n=121)		3 группа (n=29)	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Домашняя пыль и пылевой клещ	22	51,2	84	69,9	11	37,9
Библиотечная пыль	3	6,9	5	4,1	–	–
Бытовая химия	1	2,3	10	8,2	1	3,4
Эпидермальные (шерсть кошек, собак, овцы, козы)	14	32,6	43	35,5	6	20,7
Волос человека	4	9,3	9	20,9	1	3,4
Перо подушки, кур, попугаев	5	11,6	11	9,1	1	3,4
Пыльца сорных и зерновых трав	14	32,6	44	36,4	7	24,1
Пыльца деревьев	8	18,6	14	11,6	1	3,4
Пищевая аллергия (цитрусовые, чужеродный белок, мед, шоколад)	4	9,3	13	10,7	1	3,4
Рыба	1	2,3	2	1,6	–	–
Плесневые грибы	5	11,6	24	19,8	1	3,4
Дафнии	–	–	2	1,6	–	–
Холод, холодный воздух	7	16,3	27	22,3	6	20,7
Укус насекомых (перепончатокрылые)	2	4,6	8	6,6	–	–
Лекарственные препараты	15	34,9	46	38	7	24,1

Примечание: Указано количество всех аллергических реакций на один или несколько триггеров.

Клиническая характеристика пациентов II группы

Вторая группа представлена 121 больным с персистирующей бронхиальной астмой средней степени тяжести, из них 99 (82%) женщин и 22 мужчины. Средний возраст $44,2 \pm 1,1$ лет (от 21 до 60 лет). Средняя продолжительность заболевания составила $6,5 \pm 0,8$ лет, 5 были больны с детства (с 3-, 8- и 11-летнего возраста). Больные связывали заболевание с наследственностью, аллергическими реакциями, перенесенными инфекциями (ОРЗ, острый и хронический бронхит), проживанием в регионах с суровым холодным и ветряным климатом, 4 человека перенесли ранее острую пневмонию. В 87% случаях имелась сопутствующая патология верхних дыхательных путей и другие хронические заболевания (табл. 4). У 18 человек родители и близкие родственники болели хроническим бронхитом, у 25 – бронхиальной астмой, у 2 – раком легкого. Таким образом, 37% больных данной группы имели отягощенную по легочным заболеваниям наследственность.

Ведущие жалобы наблюдаемых пациентов представлены в таблице 5. У 82 больных (68%) отмечались ежедневные приступы удушья в течение недели перед поступлением в стационар, у 26 больных (21%) – 1 раз в неделю или чаще, но реже 1 раза в день, у 13 больных (11%) – реже 1 раза в неделю. Дыхательный дискомфорт отмечали 75 человек (62%). У 87 больных (72%) наблюдался умеренный кашель с выделением слизистой мокроты. Больные данной группы достоверно чаще, чем больные I группы предъявляли жалобы на кашель ($p=0,049$), чаще с мокротой ($p=0,036$). Жалобы на одышку при значительной и умеренной физической нагрузке предъявляли 109 пациентов (90%). Субъективная реакция на холод отмечалась в 22% случаев. Ухудшение самочувствия при переходе в теплое помещение было у 32 больных (26%). В 19 случаях (16%) самочувствие оставалось прежним в течение 20-30 минут после того, как больные входили в теплое помещение.

Перкуторно над легкими у всех больных определялся ясный

легочной звук. При аускультации выслушивалось везикулярное дыхание – у 116 человек (96%), у 5 человек (4%) – сухие хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца у 71 человек (59%) ясные, у 48 (40%) – громкие, у 2 (2%) – приглушенные. У 48 (40%) – фиксировалась легкая и умеренная артериальная гипертензия (табл. 4). При этом диагноз гипертонической болезни первой стадии был выставлен у 3 человек, второй стадии – у 30, третьей – у 15 больных. Нормальные показатели функции внешнего дыхания выявлялись у 62 человек (51%), легкие нарушения вентиляционной функции – у 41 человека (34%) и умеренные – у 9 человек (7%), значительные – у 3 человек (2%), резкие – у 6 человек (5%) (табл. 6). При рентгенологическом исследовании у пациентов 2 группы значительных изменений со стороны легких и сердца не отмечено. На ЭКГ у 48 больных (40%) выявилась повышенная нагрузка на правый желудочек.

Клиническая характеристика пациентов III группы

В третью группу вошло 29 больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой (17 женщин и 12 мужчин, 59 и 41% соответственно). Средний возраст в группе оказался $44,4 \pm 2,4$ лет (от 22 до 59 лет). Средняя продолжительность заболевания составила $6,8 \pm 1,7$ лет (табл. 3). У 7 человек родители и близкие родственники были больны хроническим бронхитом, у 5 – бронхиальной астмой, у 1 – раком легкого. То есть, 45% больных данной группы имели отягощенную по легочным заболеваниям наследственность. Пациенты связывали заболевание бронхиальной астмой с наследственностью, аллергическими реакциями, перенесенными инфекциями (ОРЗ, острый и хронический бронхит), проживанием в регионах с суровым холодным климатом, 3 человека перенесли ранее однократно острую пневмонию. В 98% случаях имелась сопутствующая патология верхних дыхательных путей и другие хронические заболевания (табл. 4).

Приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с

выделением мокроты и одышка были более выраженными, чем у пациентов остальных групп (табл. 5). У 20 больных (69%) больных 3 группы в течение недели перед госпитализацией отмечались ежедневные приступы удушья, у 7 больных (24%) – 1 раз в неделю или чаще, но реже 1 раза в день, у 2 больных (7%) – реже 1 раза в неделю. Состояние дыхательного дискомфорта отмечали 17 человек (59%). У 19 больных (65%) наблюдался умеренный и сильный кашель с выделением слизистой мокроты и/или слизисто-гноной мокроты, у пяти – сухой кашель. Больные данной группы достоверно чаще, чем больные 1 группы предъявляли жалобы на кашель ($p=0,004$), чаще с мокротой ($p=0,006$). Жалобы на одышку при значительной и умеренной физической нагрузке предъявляли все пациенты. Субъективная реакция на холод отмечалась в 6 случаях (21%). Ухудшение самочувствия при переходе в теплое помещение было у 14 больных (48%), и в 7 случаях (24%) самочувствие оставалось прежним в течение полчаса после того, как больные входили в теплое помещение.

У 11 больных определялся легочный перкуторный звук, у 18 – коробочный. У 27 человек (93%) выслушивались сухие и влажные хрипы в нижних отделах легких, у 14 (48%) – громкие тоны сердца, у 2 (7%) – приглушенные. У 14 (48%) – фиксировалась легкая и умеренная артериальная гипертензия (табл. 4). При этом у 7 человек был выставлен диагноз гипертонической болезни первой стадии и у 7 больных – третьей стадии. Нормальные показатели функции внешнего дыхания выявлялись у 2 человек (7%), легкие нарушения вентиляционной функции – у 2 человек (7%) и умеренные – у 5 человек (17%), значительные – у 4 человек (14%), резкие – у 16 человек (55%) (табл. 6). При рентгенологическом исследовании у 2 пациентов группы выявилась кистозная гипоплазия доли легкого и у одного пациента – буллезная дисплазия легких, у 14 человек – эмфизема легких, у остальных больных (12 человек) значительных изменений со стороны легких не отмечено. На ЭКГ у 16 больных (37%) регистрировалась повышенная нагрузка на правый желудочек.

Большая часть пациентов (141 человек) перед поступлением в стационар получала базисную терапию в соответствии с пакетом Международного соглашения «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы», основанную на ступенчатом или пошаговом подходе [269].

В качестве базисной терапии больные легкой персистирующей бронхиальной астмой принимали глюкокортикоидные препараты (беклометазона дипропионат) для ингаляционного применения в виде монотерапии (Беклазон® или Беклоспир® в низких терапевтических дозах). Кроме того, при необходимости для снятия эпизодов затрудненного дыхания больные принимали симптоматическую терапию в виде короткодействующих агонистов β_2 -адренорецепторов (фенотерол, сальбутамол). Больные персистирующей бронхиальной астмой средней степени тяжести получали поддерживающую терапию комбинированными препаратами (преимущественно будесонид/формотерол, флутиказона пропионат/сальметерол). В четырех случаях пациенты данной группы принимали средние дозы беклометазона, а лечение, облегчающее симптомы бронхиальной астмы, осуществлялось при помощи пролонгированного β_2 -адреномиметика (формотерола). В группе с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой наиболее часто применялся препарат комбинированный препарат, содержащий будесонид/формотерол. В тяжелых случаях течения бронхиальной астмы использовался системный глюкокортикостероид (преднизолон). В дополнение к базисной терапии при приступах удушья 67% всей выборки больных принимали будесонид через небулайзер. Кроме того, больным назначалась курсовая симптоматическая терапия препаратами других клинико-фармакологических групп (ипратропия бромид моногидрат – блокатор м-холинорецепторов; монтелукаст натрия – антагонист лейкотриеновых рецепторов; блокаторы гистаминовых H₁-рецепторов; фенспирида гидрохлорид – противовоспалительное и антибронхоконстрикторное средство).

Методы исследования

Обследование больных начиналось с выявления жалоб и сбора анамнеза заболевания (сведения о длительности бронхо-легочной патологии, возрасте начала заболевания, состоянии, предшествовавшем первым признакам бронхиальной астмы, частоте возникновения и продолжительности приступов удушья, лекарственных средствах, применяемых для их купирования, имеющейся инвалидности и ее длительности).

Методами осмотра, перкуссии, аускультации тщательно изучались системы дыхания и кровообращения. При осмотре больного оценивали состояние кожных покровов, слизистых оболочек полости рта, носа, конъюнктивы, форму грудной клетки. Определяли характер одышки, число дыханий в минуту. Лабораторные исследования включали клинический и биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, посев мокроты.

Выбор методик, допускающих количественную оценку изучаемых признаков и статистическую обработку результатов, позволял выяснить целостное психическое состояние, психологический и мотивационный профиль больного бронхиальной астмой. Все исследования были проведены с учетом требований Хельсинкской декларации (Рекомендации для врачей по биомедицинским исследованиям на людях, 1964, 1975, 2000) и с соблюдением этических принципов (уважение к личности, достижение пользы, справедливость).

Диагноз бронхиальной астмы устанавливался в соответствии с рекомендациями международной группы экспертов – Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы [269]. Для верификации бронхиальной астмы и особенностей течения использовались следующие инструментальные и лабораторные методы исследования.

Методы исследования вентиляционной функции легких

Спирометрия форсированного выдоха

Исследование вентиляционной функции легких осуществлялось методом спирометрии форсированного выдоха на аппарате «Flowscreen» («Erich JAEGER GmbH», Германия). Для предотвращения инструментальных ошибок производилась ежедневная калибровка прибора. Обследование проходило в утренние часы, натощак, после 15-20-минутного отдыха, с предварительной отменой бронхолитических препаратов, в положении больного сидя. Перед исследованием пациентам давался подробный инструктаж по проведению процедуры. Для повышения воспроизводимости результатов выполнялись три попытки дыхательного маневра (после максимально полного вдоха выполнялся резкий и полный выдох). Прибор автоматически выбирал наиболее удачный результат и распечатывался на принтере. Измеряли параметры кривой «поток-объем» форсированного выдоха: форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), пиковая объемная скорость выдоха (ПОС), мгновенные объемные скорости выдоха на уровне 25, 50, 75% ФЖЕЛ (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅, соответственно) [166]. Обработка кривых «поток-объем» проводилась методом огибающей [243]. При интерпретации состояния респираторного тракта использовался качественный (визуальный) анализ кривой «поток-объем» и количественная оценка полученных в ходе исследования числовых результатов в сопоставлении с должными величинами (нормативами) для данного пола, возраста и роста [137, 162].

Пикфлоуметрия

Пикфлоуметрия (определение пиковой скорости выдоха – ПСВ) – важный метод диагностики и последующего контроля лечения бронхиальной астмы.

Чаще применяются портативные модели пикфлоуметров, выполненные из пластика и идеально подходящие для использования пациентами в домашних условиях с целью ежедневной оценки течения бронхиальной астмы. Вариабельность ПСВ является важным диагностическим признаком стабильности и тяжести течения астмы [269].

Так как использование разных пикфлоуметров может приводить к получению разных значений ПСВ, и диапазон должных значений ПСВ очень широк, предпочтительно сравнивать результаты пикфлоуметрии у конкретного пациента с его собственными лучшими показателями пикфлоуметра пациента [319]. Лучший показатель обычно регистрируется в период отсутствия симптомов и/или максимального объема терапии. Этот показатель используется в качестве эталона при оценке результатов терапии [269].

Пациенты измеряли ПСВ утром, сразу же после сна, и вечером, перед сном. ПСВ измерялась пациентами три раза подряд, с небольшими перерывами, а затем из измеренных значений выбирали наибольшее и отмечали его на графике. Одним из методов описания суточной вариабельности ПСВ является его амплитуда – разница между утренним показателем (полученным до применения бронхолитика) и вечерним (полученным накануне после применения бронхолитика) показателем ПСВ. В одних случаях (при норме или хорошо контролируемой астме) утренние и вечерние значения почти одинаковые, в других случаях сильно различаются. Это свидетельствует об изменении ПСВ в течение дня, называемом суточными колебаниями. Суточные колебания ПСВ рассчитывали по следующей формуле (2.1.):

$$\frac{\text{ПСВ вечером} - \text{ПСВ утром}}{0,5 \times (\text{ПСВ вечером} + \text{ПСВ утром})} \times 100\%, \quad (2.1.)$$

При правильно подобранной терапии суточные колебания не должны превышать 20%. Вариабельность ПСВ более 20% считали отклонением от нормы.

Выявление гиперреактивности дыхательных путей

Даже у пациентов с симптомами, характерными для бронхиальной астмы, но с нормальными показателями функции легких, в постановке диагноза бронхиальной астмы помогает исследование реакции дыхательных путей на физическую нагрузку, холод, бронхолитики. С целью определения обратимости бронхиальной обструкции проводились бронходилатационные пробы с ингаляцией β_2 -агониста короткого действия – фенотерола гидробромида, сальбутамола и м-холинолитического препарата ипратропия бромида. Анализировались параметры кривой поток-объем форсированного выдоха до и после ингаляции соответствующего препарата. Проба считалась положительной при величине прироста $ОФВ_1$ равной или превышающей 12% от исходной [167, 269]. Для проведения пробы использовали дозированные аэрозоли для ингаляций с содержанием 100 мкг активного вещества для фенотерола и сальбутамола и 20 мкг для ипратропия бромида в 1 дозе препарата. Испытуемый получал 2 стандартные дозы ингалируемого вещества. О нарушении бронхиальной проходимости судили по уменьшению функциональных признаков обструкции после ингаляции этих препаратов. Контрольные функциональные исследования проводили до и через 15 мин после ингаляции фенотерола или сальбутамола и через 30 минут – при пробе с ипратропием. Рассчитывались изменения абсолютных значений показателей кривой «поток-объем» форсированного выдоха и относились в процентах к исходной величине ($\Delta ОФВ_1$, %, формула 2.2.).

$$\Delta ОФВ_1 = \frac{ОФВ_1 \text{ после бронхолитика} - ОФВ_1 \text{ до бронхолитика}}{ОФВ_1 \text{ до бронхолитика}} \times 100\% \quad (2.2.)$$

Оценка результатов пробы проводилась на основе границ нормы, разработанных при обследовании здоровых людей. Положительными пробы считались при увеличении $ОФВ_1$ более, чем на 12% от исходной величины [235].

Измерение степени контроля течения бронхиальной астмы

Для удобства и количественного измерения уровня контроля бронхиальной астмы, помимо клинико-функциональной оценки этого показателя использовались валидные опросники АСТ и АСQ-5.

Глобальная инициатива по бронхиальной астмы (The Global Initiative for Asthma – GINA) – руководство по управлению, лечению и профилактике бронхиальной астмы (обновлено в 2015 г.), рекомендует использование понятия контроля болезни, являющееся более прогрессивным, чем степень тяжести бронхиальной астмы (табл. 9) [269].

Таблица 9

Классификация бронхиальной астмы по степени контроля

Характеристики	Контролируемая астма (все перечисленное)	Частично контролируемая астма (наличие любого проявления в течение 1 нед.)	Неконтролируемая астма
Дневные симптомы	Нет (≤ 2 в неделю)	> 2 в неделю	Наличие 3 или более признаков частично контролируемой бронхиальной астмы в течение любой недели
Ограничение активности	Нет (≤ 2 в неделю)	Есть – любой выраженности	
Ночные симптомы/ пробуждения	Нет	Есть – любой выраженности	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Нет (≤ 2 в неделю)	> 2 в неделю	
Показатели функции внешнего дыхания (ПСВ или ОФV ₁)	Норма	$< 80\%$ должного (или наилучшего показателя для данного пациента, если таковой известен)	
Обострения	Нет	1 или более в год	1 в течение любой недели

Приводятся следующие критерии контроля течения заболевания:

- Минимальные симптомы (идеально – симптомы отсутствуют).
- Минимальное число обострений.
- Нет обращений за неотложной помощью.
- Минимальное (идеально – нет) использование скорпомощных средств.
- Нет ограничений физической активности.
- Суточные колебания ПСВ < 20% и примерные их нормальные значения.
- Минимальные нежелательные реакции на лекарства.

Для количественной оценки контроля астмы рекомендуются специальные опросники, позволяющие быстро и точно измерить состояние больных: Asthma Control Test (ACT), Asthma Control Questionnaire (ACQ-5) и др.

Опросник ACT (Asthma Control Test) – тест по контролю над астмой

Тест состоит из 5 вопросов, ответы на которые представлены в виде пятибалльной оценочной шкалы. Результатом теста является сумма ответов в баллах, она же используется для формулировки рекомендаций. Так, оценка 25 баллов соответствует полному контролю, оценка в интервале 20-24 баллов соответствует хорошему контролю, и пациенту рекомендуется обратиться за консультацией к врачу, если он имеет желание достичь полного контроля, сумма менее 19 баллов свидетельствует о неконтролируемом течении заболевания и требует вмешательства врача для пересмотра (составления) плана лечения [253].

Опросник ACT

Этот тест поможет людям, страдающим астмой (пациентам от 12 лет и старше), оценить, насколько им удастся контролировать свое

заболевание. В каждом вопросе выберите ответ, который Вам подходит, и обведите соответствующую ему цифру. Чтобы подсчитать результат, сложите все цифры.

1. Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?

- а) все время (1)
- б) очень часто (2)
- в) иногда (3)
- г) редко (4)
- д) никогда (5)

2. Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?

- а) чаще, чем раз в день (1)
- б) раз в день (2)
- в) от 3 до 6 раз в неделю (3)
- г) один или два раза в неделю (4)
- д) ни разу (5)

3. Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы (свистящего дыхания, кашля, затрудненного дыхания, чувства стеснения или боли в груди)?

- а) 4 ночи в неделю или чаще (1)
- б) 2-3 ночи в неделю (2)
- в) раз в неделю (3)
- г) один или два раза (4)
- д) ни разу (5)

4. Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор (например, Вентолин, Беротек, Беродуал, Атровент, Сальбутамол, Саламол, Сальбен, Астмопент) или небулайзер (аэрозольный аппарат) с лекарством (например, Беротек, Беродуал, Вентолин небулы)?

- а) 3 раза в день или чаще (1)
- б) 1 или 2 раза в день (2)
- в) 2 или 3 раза в неделю (3)
- г) один раз в неделю или реже (4)
- д) ни разу (5)

5. Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?

- а) совсем не удавалось контролировать (1)
- б) плохо удавалось контролировать (2)
- в) в некоторой степени удавалось контролировать (3)
- г) хорошо удавалось контролировать (4)
- д) полностью удавалось контролировать (5)

**Опросник по контролю симптомов астмы – АСQ-5
(Asthma Control Questionnaire 5 items-self-administered)**

Данный опросник предназначен для оценки контроля астмы пациентам от 6 лет и старше. АСQ-5 – наиболее известный и популярный в мире метод определения уровня контроля заболевания. В соответствии с количеством вопросов оценка течения бронхиальной астмы возможна от «0» (наилучший результат) до «6» баллов (плохой контроль бронхиальной астмы). АСQ имеет 5 вопросов с 6-балльной шкалой ответов. Общий балл АСQ-5 вычисляется как среднее арифметическое для 5-ти ответов. Пациенты с итоговым результатом по АСQ ниже 0,75 адекватно контролируют течение бронхиальной астмы. Диапазон баллов от 0,75 до 1,25 указывает на частичный контроль болезни. При значениях выше 1,25 баллов диагностируется неконтролируемая бронхиальная астма. При измерении контроля бронхиальной астмы в динамике клинически значимым является изменение показателя на 0,5 балов [208, 252, 277, 348].

Опросник АСQ-5

Пожалуйста, ответьте на 5 вопросов и отметьте ответ, который лучше всего отражает Ваше состояние в течении последней недели:

1. В среднем, как часто за последнюю неделю Вы просыпались ночью из-за астмы?:

- а) Никогда
- б) Очень редко

- в) Редко
- г) Несколько раз
- д) Много раз
- е) Очень много раз
- ж) Не мог(-ла) спать из-за астмы

2. В среднем, насколько сильные были симптомы астмы, когда Вы просыпались утром в течение последней недели?:

- а) Симптомы не было
- б) Очень слабые симптомы
- в) Слабые симптомы
- г) Умеренные симптомы
- д) Довольно сильные симптомы
- е) Сильные симптомы
- ж) Очень сильные симптомы

3. В целом, насколько Вы были ограничены в своих профессиональных и повседневных занятиях из-за астмы в течение последней недели?:

- а) Совсем не ограничен (-а)
- б) Чуть-чуть ограничен (-а)
- в) Немного ограничен (-а)
- г) Умеренно ограничен (-а)
- д) Очень ограничен (-а)
- е) Чрезвычайно ограничен (-а)
- ж) Полностью ограничен (-а)

4. В целом, была ли у Вас одышка из-за астмы в течение последней недели?:

- а) Одышки не было
- б) Очень небольшая
- в) Небольшая
- г) Умеренная
- д) Сильная
- ж) Очень сильная

5. В целом, какую часть времени в течение последней недели у Вас были хрипы в груди?:

- а) Никогда

- б) Очень редко
- в) Редко
- г) Иногда
- д) Значительную часть времени
- е) Подавляющую часть времени
- ж) Все время.

Тесты по контролю над астмой были разработаны для того, чтобы с их помощью можно было:

- проводить скрининг пациентов и выявлять больных с неконтролируемой астмой;
- вносить изменения в лечение с позиции достижения полного контроля;
- повысить эффективность внедрения клинических рекомендаций;
- обучить пациентов факторам риска неконтролируемой астмы;
- контролировать бронхиальную астму как клиницистам, так и пациентам в любой обстановке.

Оценка степени информированности больных о бронхиальной астме

Анкета-тест «Информированность пациентов о бронхиальной астме»

Для оценки исходного уровня осведомленности о своем заболевании и степени выживаемости знаний после обучения в астма-школе нами разработана анкета-тест «Информированность пациентов о бронхиальной астме». Анкета содержит 29 закрытых вопросов с тремя вариантами ответов, один из которых верный, второй – ошибочный, третий вариант – «не знаю». Подсчитывается сумма правильно отвеченных вопросов и переводится в % от максимально возможного суммарного результата (100%). Оценивается исходный уровень знаний о бронхиальной астме, навыков оценки собственного состояния и самопомощи (пикфлоуметрия, ведение дневника самонаблюдения, снятие острого бронхоспазма и т. д.), а также

изменение осведомленности о причинах, проявлениях, лечении, профилактике данного заболевания.

Показатели данной анкеты позволяют косвенно судить о способностях к обучению отдельных пациентов, о заинтересованности их в расширении информированности, о качестве проведения астма-школы (педагогические навыки ведущего, его вовлеченность в образовательный процесс, гибкость в проведении занятий).

АНКЕТА-ТЕСТ

информированность пациентов о бронхиальной астме

Я посещаю астма-школу впервые/повторно (нужное подчеркнуть)

1. Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание бронхов? (нужное подчеркнуть)

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

2. Бронхиальная астма вызывается только аллергическими причинами?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

3. Если у Вас есть аллергия на кошку, можно ли заводить собаку?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

4. Яйца, орехи, цитрусовые – высокоаллергенные продукты?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

5. Если есть аллергия на домашнюю пыль, можно ли спать на перьевой подушке?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

6. Ингаляция беродуала или сальбутамола купирует острый приступ удушья?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

7. Серетид и симбикорт – это комбинированные препараты?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

8. Беродуал, формотерол и атровент применяют для профилактического лечения астмы?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

9. Беротек и будесонид – препараты одной группы?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

10. Беклазон и пульмикорт – это ингаляционные гормоны?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

11. Ингаляционные гормоны применяются для профилактического лечения астмы?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

12. В состав симбикорта входит ингаляционный гормональный препарат?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

13. Беклазон, беклоджет, беклофорте и бекотид – торговые названия какого основного препарата?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

14. Спейсер – это ингалятор?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

15. Если физическая нагрузка или выход на холодный воздух вызывают приступ удушья, предварительно нужно воспользоваться ингалятором?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

16. Противопоказаны ли занятия физкультурой при астме?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

17. Противопоказано ли обливание холодной водой при астме?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

18. Может ли стресс вызвать приступ удушья?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

19. После использования гормонального ингалятора нужно ли полоскать рот и горло водой?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

20. Антибиотики лечат вирусную инфекцию?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

21. Атровент и спирива – препараты одной группы?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

22. Умеете ли Вы пользоваться пикфлоуметром?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

23. Имеете ли Вы личный пикфлоуметр?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

24. Ведете ли Вы дневник самонаблюдения?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

25. Вы регулярно выполняете рекомендации своего лечащего врача?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

26. Довольны ли Вы назначенным лечением?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

27. Считаете ли Вы своего врача компетентным в вопросах лечения астмы?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

28. Ощущаете ли Вы пользу от посещения астма школы?

1 – да; 2 – нет; 3 – не знаю.

Общий балл _____

Комплекс экспериментально-психологических и клинико-психологических методов исследования

На следующем этапе использовался комплекс экспериментально-психологических и клинико-психологических методов исследования. Тестирование было добровольным (у каждого больного было получено информированное согласие), испытуемые были полностью проинформированы относительно использования получаемых результатов. При проведении психологического тестирования мы следовали основным процедурам стандартизации: помещение, в котором проводилось тестирование, было изолировано от чрезмерного шума и всего, что отвлекает внимание; в нем было создано необходимое освещение, обеспечена вентиляция, удобные сиденья и рабочие места для испытуемых. Также мы приняли специальные меры, предотвращающие прерывание тестирования. Отведенное для тестирования время (до 50 мин) не переутомляло пациентов и позволяло избежать недостоверности ответов. Всем желающим были сообщены результаты проведенного исследования, с учетом особенностей каждого испытуемого с соответствующим комментарием специалиста.

Клинико-психологическое интервью

Клинико-психологическое интервью было основано на использовании проективных и ассоциативных вопросов, ориентированных на выявление неосознаваемых форм мотивации. Интерпретация высказываний респондентов с позиций клинического подхода связана с определенным риском, однако с практической точки зрения этот риск оправдан, если возникает необходимость в обобщении случаев поведения, которые невозможно объяснить прямым путем на основе самоотчета опрашиваемых лиц.

Качественные опросы помогали выявить и сформулировать проблемы, которые впоследствии исследовались с помощью количественных методов. Они помогали выявлять и исправлять погрешности формализованных вопросников. На стадии анализа качественные опросы служили для сбора разъясняющей и дополняющей информации, ставя своей целью развить аналитические аспекты исследования. Кроме того, фиксировались и подвергались анализу невербальные проявления коммуникации и степени их конгруэнтности со словесным контекстом обследуемых.

Клинико-психологическое интервью было структурировано и включало получение сведений о компонентах кооперативности больных, об индивидуальной иерархии ценностей, о доминирующей мотивации респондента (сознательной и неосознаваемой), способах ее изменения, личностных характеристиках, отношении к заболеванию, к прогнозу течения, к процессу и необходимости лечения, к лечащим врачам и системе медицинской помощи в целом.

Опросник «Оценка кооперативности при бронхиальной астме» (ОКБА)

Точное выполнение пациентом всех врачебных рекомендаций является обязательным условием успешного ведения любого заболевания. Кооперативность больных – показатель, характеризующий желание и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме, активное участие в

процессе лечения.

Так как интересующие нас переменные чрезвычайно субъективны и трудноизмеримы, следует проводить качественную оценку составляющих кооперативности. В дальнейшем данная методика может приобрести элементы количественной оценки.

Опросник «Оценка кооперативности при бронхиальной астме» (ОКБА) разработан нами по аналогии с опросником «Индекс кооперации при бронхиальной астме» (ИкБА-50, форма «А», НИИ пульмонологии МЗ РФ, 1997 [152]).

Опросник в данном виде носит характер информационной анкеты для исследователя и состоит из четырех частей:

Часть I – анамнестическая, позволяет оценить психологические и экономические составляющие кооперативности.

Часть II – информация о текущей схеме терапии и условиях приема препаратов.

Часть III – субъективная оценка пациентом кооперативности, осознание опасности болезни и приема препаратов, потребность в безопасности, информированность в отношении бронхиальной астмы и поведения в болезни, доступность препаратов и средств на них, удовлетворение от кооперативности, впечатление об обучении в астма-школе. Данная часть состоит из 33 пунктов (утверждения, закрытые и открытые вопросы) для самоответов (форма «А») и интервьюирования (форма «Б») больных бронхиальной астмой. Формы идентичны по содержанию, но в форме «Б» приведены ключи в каждом вопросе. При создании теста использовались (насколько это возможно) наиболее доступные для понимания выражения. Вопросы включали в себя простые слова, позволяющие сохранить их смысл. Однако, несмотря на эти усилия, имеются пациенты, вербального уровня которых не хватает для того, чтобы понять смысл некоторых вопросов (особенно эмоционального содержания). Эти пункты отражают наиболее частые и распространенные впечатления и убеждения пациента в отношении своей болезни.

Часть IV – оценка лечащим врачом типа кооперативности

(негативной и позитивной). Часть состоит из 5 пунктов, заполняемых лечащим врачом.

Опросник ОКБА является специальным, т.е. предназначен для оценки кооперативности у пациентов с бронхиальной астмой старше 18 лет, находящихся на стационарном и на амбулаторном этапе лечения. Опросник ОКБА позволяет количественно оценить кооперативность по следующим основным критериям.

Общий индекс кооперативности (ОИК) – интегральный показатель кооперативности пациента, отражающий степень готовности и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям, направленным на профилактику и лечение осложненной бронхиальной астмы. Прямой критерий: чем выше ОИК, тем выше общая кооперативность пациента и тем выше вероятность того, что пациент будет и в дальнейшем следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

Текущая кооперативность (ТК) – степень следования пациентом врачебным рекомендациям в полном объеме в течение последнего месяца. Прямой критерий.

Удовлетворенность кооперативностью (УК) – степень удовлетворенности пациента текущим сотрудничеством с врачом и назначенным им лечением. Прямой критерий

Осознание опасности (ОО) – степень осознанной пациентом опасности, обусловленной его основным заболеванием (бронхиальная астма). Прямой критерий: чем выше ОО, тем большую опасность, по мнению пациента, представляет для его жизни и благополучия бронхиальная астма.

Потребность в безопасности (ПБ) – сила сформированной у пациента потребности в собственной безопасности. Прямой критерий: чем выше ПБ, тем сильнее пациент испытывает потребность в защите от бронхиальной астмы.

Оценка результатов производится методом суммирования рейтингов по шкале от 0% до 100%. кооперативность, равная 0%, отражает абсолютное невыполнение пациентом врачебных

рекомендаций, кооперативность равная 100% – абсолютное (идеальное) выполнение. На практике абсолютные значения недопустимы, поэтому выявленный уровень кооперативности будет характеризовать удаленность от идеальной величины.

Типы кооперативности – объем следования пациентом врачебным рекомендациям. Согласно представлениям о кооперативности больных [165], считается, что пациент имеет позитивную кооперативность, если он выполняет врачебные рекомендации в полном объеме, и негативную – если рекомендации выполняет не полностью или не выполняет совсем.

На основании экспертной оценки лечащими врачами и заведующим пульмонологическим отделением клиники определялась степень выполнения пациентами врачебных рекомендаций. Кооперативность кодировалось: 1 (очень плохо) – невыполнение рекомендаций с элементами аутоагрессии (больной отказывался от приема лекарств или изменял терапию, применял препараты или методы, способствующие ухудшению состояния); 2 (плохо) – при соблюдении рекомендаций больной занимался самолечением (самостоятельно изменял лечение, заменял или добавлял к терапии фитотерапию, гомеопатию и т.д.); 3 (удовлетворительно) – полное либо частичное несоблюдение пациентом врачебных рекомендаций; 4 (хорошо) – выполнение рекомендаций с некоторыми отклонениями в режиме приема препаратов; 5 (отлично) – выполнение рекомендаций полностью. На момент осмотра пациентов эксперт не знал о цели и задачах проводимого исследования. Кооперативность оценивалась как позитивная при наборе в сумме 25 баллов, и как негативная – менее 25 баллов.

Организация исследования

В зависимости от поставленной цели исследование может быть разовым (один визит) или многоэтапным (несколько визитов). Разовое исследование (одноэтапное), обычно, применяется при эпидемиологических исследованиях, при отборе лиц для сравнения

достоинств различных здравоохранительных инициатив с равной клинической эффективностью. Многоэтапное исследование, предполагающее несколько опросов (визитов) одного и того же респондента в течение определенного промежутка времени, применяется для оценки эффективности конкретного средства или метода ведения больных с бронхиальной астмой. Многоэтапное исследование предназначено для оценки динамики кооперативности у одной и той же группы респондентов под влиянием конкретного средства или метода ведения больных бронхиальной астмой.

Формы исследования

Третья часть опросника ОКБА имеет две формы: форма «А» – самостоятельная работа; форма «Б» – интервью. Обе формы имеют идентичную структуру и единую методику анализа полученных результатов.

Форма «А» предполагает самозаполнение (респондент отмечает ответы в самом опроснике). Присутствие исследователя при данной форме опроса не обязательно. Оптимальное время заполнения данной формы – 20-30 минут. Запрещается предоставлять опросник для домашнего и коллективного заполнения. Респонденту необходимо объяснить, что важно получить ответы на все вопросы. Однако если на какой-либо вопрос респондент затрудняется дать ответ, то этот вопрос может быть пропущен, в этом случае вопрос оценивается в 0 баллов. Если предусмотрены повторные опросы, то респонденту выдается для заполнения новая форма «А» на каждый визит. Информация, полученная в ходе предыдущих опросов, не предоставляется респонденту.

Преимуществом формы «А» является: экономия времени исследователя; возможность одновременного проведения опроса сразу нескольких респондентов. Недостатком – вероятность неточного (неполного) понимания респондентом смысла некоторых вопросов и предлагаемых ответов (гиподиагностика); отсутствие гарантии самостоятельного заполнения опросника

(гипердиагностика). Форма «А» предназначена преимущественно для эпидемиологических исследований с большой выборкой.

Форма «Б» предназначена для совместной работы исследователя с респондентом. При этом допускается со стороны исследователя уточнение, разъяснение сути задаваемых вопросов и предлагаемых вариантов ответов, если об этом его просит респондент, или исследователь сам считает это необходимым. Не допускаются прямые подсказки или любые другие действия, которые могут изменить выбор респондента. Никакие объективные данные или точка зрения исследователя не должны влиять на выбор респондента. Рекомендованная продолжительность интервью во время первого визита – 40 минут. При повторных визитах (если они предусмотрены) – 25 минут. Интервью не может быть прервано. Однако если по каким-либо причинам интервью прерывается, то при его возобновлении опрос начинается с первого вопроса. Для облегчения восприятия смысла вопросов и ответов, респонденту выдается форма «А» опросника ОКБА. Необходимо объяснить респонденту, что никаких пометок в форме «А» делать не надо, а следует устно сообщать исследователю выбранные варианты ответов. Полученные от респондента сведения отмечаются в бланке теста. Исследователь должен задавать не только вопросы, но и озвучивать все предполагаемые варианты ответов. Важно получить ответы на все вопросы, однако, при затруднении респондента дать ответ на какой-либо вопрос, этот вопрос пропускается и оценивается в 0 баллов. Во время интервью исследователь должен напоминать респонденту, какие вопросы следует пропускать, исходя из ответа на предыдущий вопрос (согласно методике опроса, некоторые ответы определяют пропуск одного или более последующих вопросов). При повторных визитах (если они предусмотрены) информация, полученная в ходе предыдущих опросов, респонденту не предоставляется, чтобы не исказить результаты исследования. Интервью должно проходить в доброжелательной атмосфере, наедине, в удобное для респондента время. Присутствие посторонних лиц или других респондентов не

допускается.

Преимуществом формы «Б» является: более полное (точное) понимание респондентом смысла вопросов и ответов (более высокая чувствительность); гарантия самозаполнения; прямой контакт с респондентом. Недостатком – увеличение затрат времени исследователя, невозможность проведения одновременного опроса нескольких респондентов. Форма «Б» предназначена преимущественно для исследований с относительно небольшой выборкой (клинические испытания и пр.).

Решение о выборе формы опросника принимает исследователь в зависимости от поставленной цели.

Бланк Опросника
Оценка Кооперативности при Бронхиальной Астме
Часть I

Ф.И.О. _____

Диагноз _____

Дата исследования _____

Впишите в свободные ячейки необходимые данные и отметьте соответствующие варианты ответов.

1. Возраст (полных лет): _____

2. Пол:

1. мужской

2. женский

3. Место жительства:

1. город;

2. поселок;

3. село;

4. деревня

4. Образование:

1. нет;

2. среднее;

3. неполное среднее;

4. неполное высшее;

5. высшее
5. Занятость:
1. работающий;
 2. безработный;
 3. учусь; (где?) _____
 4. на пенсии;
 5. на инвалидности;
 6. другое
6. Курение:
1. НЕТ, никогда
 2. НЕТ, в настоящее время (бросил/а),
 3. ДА
- 6.1. Стаж курения (СК): _____
- 6.2. Количество выкуриваемых сигарет в сутки (КС): _____
сиг./сутки
- 6.3. Индекс курящего человека (ИКЧ=СК×КС): _____
(ИКЧ рассчитывается даже, если респондент бросил курить)
- 6.4. Бросил (а) курить: _____ мес./лет назад
7. Семейное положение (включая гражданский брак):
1. женат/замужем;
 2. разведен/разведена;
 3. холост/не замужем;
 4. вдовец/вдова
8. Численность семьи (включая самого респондента): _____
человек
9. Уровень достатка семьи респондента:
1. низкий;
 2. ниже среднего;
 3. средний;
 4. выше среднего;
 5. высокий
- 9.1. Дополнительная информация: доход _____ руб. в месяц
(заполняется по желанию респондента)
10. Ежемесячно респонденту приходится тратить (денег) на лечение
бронхиальной астмы (лекарства, консультации, исследования и пр.):

1. очень много;
2. достаточно много;
3. умеренно;
4. мало;
5. ничего

10.1. Дополнительная информация: траты _____ /руб. в месяц
(заполняется по желанию респондента)

11. Имеете ли Вы право на льготное приобретение противоастматических лекарств:

1. да
2. нет

12. Длительность заболевания бронхиальной астмой: ____ лет
____ месяцев

13. Страдают ли другие члены семьи респондента бронхиальной астмой?

1. да Кто? _____
2. нет

Часть II

Пожалуйста, отметьте значком (V или X) правильные ответы в соответствующих клетках и заполните пропущенные места.

1. Какие лекарства от астмы Вы принимаете в настоящее время?

Пожалуйста, выпишите те лекарственные препараты от астмы, которые Вы действительно принимаете в настоящее время. Не старайтесь заполнить все графы, укажите ровно столько лекарств, сколько Вы принимаете сейчас.

Если в настоящее время Вы вообще не принимаете лекарства от астмы, то пропустите вопрос № 1 и переходите к вопросу № 2.

В настоящее время я принимаю следующие лекарства от астмы:

Лекарство № 1: (впишите название) _____

Лекарство № 2: (впишите название) _____

Лекарство № 3: (впишите название) _____

Лекарство № 4: (впишите название) _____

Лекарство № 5: (впишите название) _____

Я не помню названия некоторых лекарств, которые я принимаю _____

Еще раз посмотрите на составленный список лекарств, которые Вы принимаете от астмы в настоящее время. Убедитесь, что список полный. Далее ответьте, пожалуйста, на вопросы относительно каждого из указанных Вами лекарств. Укажите для каждого лекарства: по чьей рекомендации, в каком случае и по какой схеме Вы его принимаете в настоящее время. Для удобства, еще раз впишите название каждого лекарства в соответствующую графу.

1.1. Лекарство № 1 (впишите название) _____

А. По чьей рекомендации Вы принимаете это лекарство в настоящее время? (укажите только один ответ)

- по рекомендации врача
- другое (по собственной инициативе, по рекомендации знакомых и пр.)

Б. В каком случае Вы принимаете это лекарство? (укажите только один ответ)

- постоянно, независимо от самочувствия
- при затрудненном дыхании и/или при удушье
- другое _____

В. По какой схеме Вы принимаете это лекарство?

Например: по 2 дозы (вдоха) 3 раза в день или по 1 таблетке 2 раза в день (впишите схему приема) _____

1.2. Лекарство № 2 (впишите название) _____

А. По чьей рекомендации Вы принимаете это лекарство в настоящее время? (укажите только один ответ)

- по рекомендации врача
- другое (по собственной инициативе, по рекомендации знакомых и пр.)

Б. В каком случае Вы принимаете это лекарство? (укажите только один ответ)

- постоянно, независимо от самочувствия
- при затрудненном дыхании и/или при удушье
- другое _____

В. По какой схеме Вы принимаете это лекарство?

Например: по 2 дозы (вдоха) 3 раза в день или по 1 таблетке 2 раза в день (впишите схему приема) _____

1.3. Лекарство № 3 (впишите название) _____

А. По чьей рекомендации Вы принимаете это лекарство в настоящее время? (укажите только один ответ)

- по рекомендации врача
- другое (по собственной инициативе, по рекомендации знакомых и пр.)

Б. В каком случае Вы принимаете это лекарство? (укажите только один ответ)

- постоянно, независимо от самочувствия
- при затрудненном дыхании и/или при удушье
- другое _____

В. По какой схеме Вы принимаете это лекарство?

Например: по 2 дозы (вдоха) 3 раза в день или по 1 таблетке 2 раза в день (впишите схему приема) _____

1.4. Лекарство № 4 (впишите название) _____

А. По чьей рекомендации Вы принимаете это лекарство в настоящее время? (укажите только один ответ)

- по рекомендации врача
- другое (по собственной инициативе, по рекомендации знакомых и пр.)

Б. В каком случае Вы принимаете это лекарство? (укажите только один ответ)

- постоянно, независимо от самочувствия
- при затрудненном дыхании и/или при удушье
- другое _____

В. По какой схеме Вы принимаете это лекарство?

Например: по 2 дозы (вдоха) 3 раза в день или по 1 таблетке 2 раза в день (впишите схему приема) _____

1.5. Лекарство № 5 (впишите название) _____

А. По чьей рекомендации Вы принимаете это лекарство в настоящее время? (укажите только один ответ)

- по рекомендации врача
- другое (по собственной инициативе, по рекомендации знакомых и пр.)

Б. В каком случае Вы принимаете это лекарство? (укажите только один ответ)

- постоянно, независимо от самочувствия
- при затрудненном дыхании и/или при удушье
- другое _____

В. По какой схеме Вы принимаете это лекарство?

Например: по 2 дозы (вдоха) 3 раза в день или по 1 таблетке 2 раза в день (впишите схему приема) _____

2. Можете ли Вы утверждать, что в настоящее время принимаете все рекомендованные врачом лекарства от астмы?

1. да (переходите к вопросу №1 Части III)
2. нет

(если «нет», то укажите, пожалуйста, названия рекомендованных врачом лекарств от астмы, которые Вы не принимаете в настоящее время)

Я не принимаю следующие лекарства от астмы, несмотря на то, что они мне рекомендованы врачом:

1. (впишите название) _____
2. (впишите название) _____
3. (впишите название) _____
4. (впишите название) _____
5. (впишите название) _____

6. я не помню названия некоторых лекарств, рекомендованных врачом

3. Каковы причины, по которым Вы не принимаете некоторые лекарства от астмы, рекомендованные врачом? (укажите все актуальные для Вас причины)

- слишком дорогое лекарство;
- не могу достать лекарство;
- нет эффекта от лекарства;
- боюсь осложнений от лекарства;
- сложно пользоваться лекарством;
- считаю нецелесообразным его прием;
- другое _____

Часть III (Форма «Б»)

Пожалуйста, выберете для каждого вопроса только один* вариант ответа, наиболее точно отражающий Вашу точку зрения, и отметьте его значком (V или X) в соответствующей клетке. (*Исключение составляют те вопросы, для которых предлагается указать все правильные ответы.)

1. Что Вы испытали, когда впервые узнали свой диагноз: бронхиальная астма?

(укажите только один ответ)	V
Страх	
Обиду	
Удивление	
Облегчение	
Ничего особенного	
Другое	

2. Как Вы сегодня относитесь к своей астме?

(укажите только один ответ)	V
Мое отношение не изменилось	
Отношусь спокойнее, чем раньше	
Отношусь с большим беспокойством	
Затрудняюсь ответить	

3. Насколько серьезную опасность для Вашей жизни представляет астма?

(укажите только один ответ)	V
Очень серьезную	
Серьезную	
Умеренную	
Небольшую	
Никакую	

4. Какое из перечисленных утверждений больше всего соответствует Вашей точке зрения?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
У меня настолько серьезное течение астмы, что ни одно лекарство мне не поможет	
Я думаю, что моя астма со временем пройдет сама по себе	

Я смогу справиться со своей астмой, если буду следовать всем врачебным рекомендациям	
Чтобы избавиться от астмы, мне необходимы только самые современные препараты	
Главное не приучить себя к сильным лекарствам, тогда легче будет справиться со своей астмой	

5. Насколько верными лично для Вас являются перечисленные ниже утверждения?

(укажите только один ответ для каждого утверждения)	Абсолютно верно	В общем, верно	Отчасти верно	Неверно
Я постоянно прислушиваюсь к своему дыханию				
Я всегда беру с собой лекарства от астмы, когда выхожу из дома				
Меня пугает каждый приступ астмы				
Из-за астмы я боюсь оставаться в одиночестве				
Я могу справиться с приступом астмы самостоятельно				
Астма – не самая большая моя проблема со здоровьем				
Я боюсь потерять работу из-за астмы				
Астма не может помешать моим планам				
Я каждую секунду жду приступа астмы				
Я читаю про астму все, что мне попадается				
У меня всегда есть дома запасной ингалятор				
Я часто обсуждаю с окружающими свою астму				
Мысли об астме мне часто мешают заснуть				

6. Характерны ли для Вас перечисленные ниже утверждения?

(укажите только один ответ для каждого утверждения)	V	
	ДА	НЕТ
Ситуация так складывается, что болеть стало выгодно для меня		
В мое отсутствие моим близким приходится нелегко		
Мне необходимо «поставить на ноги» своих детей (внуков)		
У меня большие планы на будущее		
У меня интересная и любимая работа		
Я незаменимый сотрудник на работе		
Меня уже ничего не может заинтересовать		
Я слишком устал(а) от болезни, чтобы продолжать с ней бороться		
Благодаря болезни я надеюсь улучшить свои жилищные условия		
Стоило мне заболеть и окружающие стали лучше ко мне относиться		

7. Как относятся Ваши родные и близкие к Вашему заболеванию (бронхиальной астме)?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Им полностью безразлично мое самочувствие	
Они за меня переживают и помогают во всем	
Они занятые люди и им не до моих проблем	
Их раздражает мое самочувствие	
Они только мешают мне нормально лечиться	
Другое	

8. Как относятся Ваши сослуживцы (однокашники, одноклассники) к Вашему заболеванию (бронхиальной астме)? (если Вы не работаете и не учитесь, то переходите к вопросу № 9)

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Им полностью безразлично мое самочувствие	
Они за меня переживают и помогают во всем	
Они занятые люди и им не до моих проблем	
Их раздражает мое самочувствие	
Они только мешают мне нормально лечиться	
Другое	

9. Какому источнику информации о лечении и профилактике астмы Вы доверяете больше всего?

(укажите только один ответ)	V
Врачебным рекомендациям	
Специальной медицинской литературе	
Средствам массовой информации, интернету	
Советам других людей, страдающих астмой	
Другое	

10. Какая самая частая причина Вашего обращения к врачу по поводу своей астмы за последнее время?

(укажите один ответ)	V
Приступ удушья	
Плохое самочувствие	
Желание проконтролировать свое лечение	
Потребность в совете	
Необходимость выписать рецепт на лекарство	
Необходимость выписать «больничный лист»	
Другое	

11. Насколько Вы довольны врачом, который лечит Вас от астмы в настоящее время (на момент заполнения опросника)?

(укажите только один ответ)	V
Полностью доволен / довольна (переходите к вопросу № 13)	
В общем, доволен / довольна	
Частично доволен / довольна	
В общем, не доволен / довольна	
Абсолютно не доволен / довольна	

12. Что не устраивает Вас во враче, который лечит Вашу астму в настоящее время?

(укажите все недостатки своего врача)	V
Назначенное им лечение неэффективно	
Я сомневаюсь в его компетентности	
Он не прислушивается к моему мнению	
Он нечуткий и невнимательный человек	
Другое	

13. В какой степени Вы выполняете все врачебные рекомендации в настоящее время?

(укажите только один ответ)	V
Полностью выполняю (переходите к вопросу № 15)	
В большинстве выполняю	
Выполняю частично	
Практически не выполняю	
Полностью не выполняю	

14. Что мешает Вам в точности выполнять все врачебные рекомендации в настоящее время?

(укажите все актуальные для Вас препятствия)	V
Собственная неорганизованность	
Недоступность рекомендованных средств	
Сложность (запутанность) рекомендаций	
Страх перед некоторыми рекомендациями	
Недостаток времени	
Не считаю необходимым все выполнять	
Другое	

15. Насколько верными для Вас лично являются перечисленные ниже утверждения?

(укажите только один ответ для каждого утверждения)	V			
	Абсолютно верно	Обычно верно	Отчасти верно	Не верно
Я и без врача знаю, как мне нужно лечиться				
Я обращаюсь к врачу, только когда мне нужен «больничный лист» или рецепт				
Для меня не имеет значения, какие лекарства мне назначил врач, лишь бы они помогли				
Для меня не имеет значения, какой врач меня лечит, лишь бы он помог				
Я лучше перетерплю приступ, чем буду «травить» себя лекарствами				

Нет необходимости выполнять все рекомендации врача				
Я не беспокою врача, когда хорошо себя чувствую				
Я многое не понимаю из того, что мне рекомендует врач				
Я предпочитаю лечить астму народными средствами				
Все лекарства от астмы, назначенные мне врачом, эффективны				

16. Насколько Вы удовлетворены лечением своей астмы, которое получаете в настоящее время (на момент заполнения опросника)?

(укажите только один ответ)	V
Полностью удовлетворен (а)	
В общем, удовлетворен (а)	
Частично удовлетворен (а)	
В общем, не удовлетворен (а)	
Абсолютно не удовлетворен (а)	

17. Какую главную цель Вы преследуете в лечении астмы?

(укажите только один ответ)	V
Жить полноценной жизнью, невзирая на болезнь	
Нормально выполнять свои обязанности	
Не допустить приступов удушья	
Полностью избавиться от астмы	
Забывать о своей астме	
Другое	

18. Что не удовлетворяет Вас в лечении астмы, которое Вы получаете в настоящее время?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Лечение не приносит мне облегчения	
Лечение для меня слишком сложное	
Лечение для меня слишком дорогое	
Я сомневаюсь в правильности лечения	
Я опасаясь последствий такого лечения	
Другое	

19. Как Вы считаете, чего, в первую очередь, не хватает для более успешного лечения Вашей астмы?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Собственной целеустремленности и терпения	
Профессионализма врачей	
Эффективных лекарств	
Внимания и заботы окружающих	
Денег	
Другое	

20. Как Вы поступаете, если не чувствуете скорого облегчения от рекомендованного врачом лекарства?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Перестаю его принимать	
Продолжаю принимать	
Советуюсь с другим врачом	
Самостоятельно увеличиваю дозу лекарства	
Самостоятельно заменяю лекарство на другое	
Другое	

21. Как Вы поступите, если врач порекомендует Вам слишком дорогое лекарство?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Не стану его принимать	
Попрошу в аптеке более дешевую замену	
Буду экономить: уменьшу назначенную дозу	
Постараюсь достать его по льготному рецепту	
Куплю его за любые деньги и буду принимать	
Другое	

22. Как Вы оцениваете свое умение пользоваться индивидуальным ингалятором?

(укажите только один ответ)	V
Вообще не умею	
Очень плохо	

Плохо	
Удовлетворительно	
Хорошо	
Отлично	

23. Каковы основные неудобства применения индивидуальных ингаляторов, которые мешают Вам ими пользоваться в необходимом режиме? (если Вам ничего не мешает, то переходите к вопросу № 24)

(укажите все актуальные для Вас неудобства)	V
Слишком сложно пользоваться ингалятором	
Ингалятор слишком дорогой	
Ингалятор трудно достать	
После ингаляции часто возникает кашель	
У ингалятора неприятный вкус (запах)	
Ингалятор привлекает внимание окружающих	
Ингалятор неудобно носить с собой	
Ингалятор – это не гигиенично	
Ингалятор – это неэффективно	
Другое	

24. Пользуетесь ли Вы пикфлоуметром?

(укажите только один ответ)	V
ДА (пропустите вопрос № 27)	
НЕТ (пропустите вопросы № 25 и 26)	

25. По чьей рекомендации Вы пользуетесь пикфлоуметром?

(укажите только один ответ)	V
По рекомендации врача	
По рекомендации близких и знакомых	
По собственной инициативе	
Другое	

26. В каких ситуациях Вы пользуетесь пикфлоуметром?

(укажите только один ответ)	V
Только во время приступа астмы	

Только между приступами астмы	
Регулярно, независимо от самочувствия	
Иногда, когда вспоминаю о нем	
Другое	

27. Почему Вы не пользуетесь пикфлоуметром?

(укажите все актуальные для Вас ответы)	V
Не могу себе позволить его купить	
Нигде не могу его достать	
Считаю, что от него нет никакой пользы	
Слишком сложно им пользоваться	
Нет в этом необходимости	
Никто мне этого не рекомендовал	
Другое	

28. Посещали ли Вы когда-либо «Астма-школу»?

(укажите только один ответ)	V
ДА (пропустите вопрос № 31)	
НЕТ (пропустите вопросы № 29 и 30)	

29. По чьей рекомендации Вы посещали «Астма-школу»?

(укажите только один ответ)	V
По рекомендации врача	
По рекомендации близких и знакомых	
По собственной инициативе	
Другое	

30. Насколько лично для Вас оказались полезными занятия в «Астма-школе»?

(укажите только один ответ)	V
Очень полезными	
В целом, полезными	
Я ожидал (а) большего	
Абсолютно бесполезными	
Другое	

31. По какой причине Вы не посещали «Астма-школу»?

(укажите только один ответ)	V
Никогда о такой школе не слышал (а)	
Там, где я живу, такой школы нет	
Нет времени на это	
Считаю, что это не принесет мне пользы	
Никто мне этого не рекомендовал	
Другое	

32. Как Вы оцениваете усилия врачей по лечению Вашей астмы?
(используйте 5-ти балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (очень плохо)	
2 (плохо)	
3 (удовлетворительно)	
4 (хорошо)	
5 (отлично)	

33. Как Вы оцениваете собственные усилия по лечению астмы?
(используйте 5-ти балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (очень плохо)	
2 (плохо)	
3 (удовлетворительно)	
4 (хорошо)	
5 (отлично)	

Часть IV

Заполняется врачом.

Пожалуйста, выберите для каждого вопроса только один вариант ответа, наиболее точно отражающий Вашу точку зрения, и отметьте его значком (V или X) в соответствующей клетке.

1. Как Вы оцениваете уровень знаний пациента о необходимом образе жизни и тактике по лечению астмы бронхиальной астмы?

(используйте 5-балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (очень плохой)	
2 (плохой)	
3 (удовлетворительный)	
4 (хороший)	
5 (отличный)	

2. Как Вы оцениваете усилия пациента по лечению астмы?
(используйте 5-балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (очень плохой)	
2 (плохой)	
3 (удовлетворительный)	
4 (хороший)	
5 (отличный)	

3. Как Вы оцениваете выполнение пациентом рекомендации по лечению астмы в течение последнего года?
(используйте 5-балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (очень плохой)	
2 (плохой)	
3 (удовлетворительный)	
4 (хороший)	
5 (отличный)	

4. Как Вы оцениваете Ваши отношения с пациентом?
(используйте 5-балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (конфликтные)	
2 (терпимые)	
3 (формальные)	
4 (компромиссные)	
5 (доверительные)	

5. Как выполняет Ваши назначения и рекомендации пациент?

(используйте 5-балльную шкалу оценки, как в школе)

(укажите только один ответ)	V
1 (не выполняет)	
2 (только под наблюдением медицинского персонала)	
3 (частично)	
4 (не в полной мере)	
5 (полностью)	

ОИК _____ %

ТК _____ %

УК _____ %

ОО _____ %

ПБ _____ %

Тип кооперативности) _____

Расчет результатов

В расчете критериев принимают участие ответы респондента на вопросы опросника и данные, указанные в части III ОКБА.

Расчет критериев кооперативности по опроснику ОКБА проводится на основании перекодированных баллов. Несоблюдение схемы перекодировки неизбежно приведет к искажению конечных результатов. Не допускается использование сырых (не перекодированных) баллов.

Процесс перекодировки исходных баллов и расчета критериев кооперативности по одному респонденту в среднем занимает 30-35 минут.

Для облегчения анализа рекомендуется выписывать ответы в сводные таблицы.

После перекодировки исходных данных производится расчет критериев кооперативности опросника ОКБА по формуле (формула 2.3.):

$$X = [(\Sigma n - \Sigma min) / (\Sigma max - \Sigma min)] \times 100\%, \quad (2.3.)$$

где X – перекодированный балл (%);

Σn – сумма перекодированных баллов;

Σ_{min} – минимально возможная сумма;

Σ_{max} – максимально возможная сумма.

Схема расчета критериев кооперативности по опроснику:

ОИК (Общий индекс кооперативности) рассчитывается на основании суммы всех перекодированных баллов каждого критерия. Таким образом, ОИК является количественной характеристикой общей кооперативности больного, отражающей степень желания и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

ТК (Текущая кооперативность) рассчитывается, исходя из суммы перекодированных ответов на вопросы №13, 14, 15, 17, 20, 21, 24, 33.

УК (Удовлетворенность кооперативностью) рассчитывается, исходя из суммы перекодированных ответов на вопросы №11, 12, 16, 18, 19, 32.

ОО (Осознание опасности) рассчитывается, исходя из суммы перекодированных ответов на вопросы №1, 2, 3, 5.

ПБ (Потребность в безопасности) рассчитывается, исходя из суммы перекодированных ответов на вопросы №6, 7, 8, 10.

Все пропущенные вопросы оцениваются в «0» баллов.

Для удобства получения индексов кооперативности была разработана форма расчета в формате Microsoft Excel (версия 14.0.7128.5000), позволяющая ускорить вычисление и избежать ошибок.

«Стандартизированный Многофакторный метод Исследования Личности» (СМИЛ)

Личностные свойства обследуемого, особенности его состояния, индивидуальные типы реагирования и степень базисной адаптивности, заострение или ослабление личностных качеств изучались с помощью теста СМИЛ [159, 160]. Методика является модифицированным вариантом теста MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) [274].

Опросник теста содержал 398 утверждений, по которым испытуемый оценивал себя и отмечал в регистрационном листе в соответствующей ячейке «верно» или «неверно». Перевод «сырых», полученных путем подсчета при помощи ключа, баллов в стандартные «Т» – баллы производился по формуле (2.4):

$$T = 50 + \frac{10 \times (X - M)}{\sigma} \quad (2.4)$$

где X – полученный сырой результат по соответствующей шкале,

M (медиана) – средненормативные данные,

σ – среднеквадратичное отклонение.

Установленные значения переносились на поле профильного бланка в соответствии с обозначенными. Полученный график образовывал профиль, который интерпретировался в целом.

Профиль СМИЛ представлен оценочными шкалами: L – лжи, F – достоверности, K – коррекции; базисными клиническими шкалами: 1 – сверхконтроля (Ns – ипохондрии), 2 – пессимистичности (De – депрессии), 3 – эмоциональной лабильности (Hu – истерии), 4 – импульсивности (Pd – асоциальной психопатии), 5 – выраженности мужских и женских черт характера (MF), 6 – ригидности (Pa – паранойяльности), 7 – тревожности (Pt – психастении), 8 – индивидуалистичности (Sc – шизоидности), 9 – оптимистичности (Ma – гипомании), 0 – интроверсии (Si – социальной интроверсии). Данные теста считались недостоверными при значениях оценочных шкал: $L \geq 70$, $F \geq 80$, $K \geq 70$ Т-баллов. Пределами нормативного разброса показателей клинических шкал являлись 30 и 70 Т-баллов [19, 159, 160].

Каждая из основных шкал профиля выявляет определенные личностные особенности, если эта шкала является единственным превалирующим пиком в профиле, находящимся в пределах нормативного разброса. Более высокие показатели выявляют реакцию

на неблагоприятную ситуацию или состояние дезадаптации – в зависимости от высоты профиля, но и в том, и в другом случае речь идет о ведущих индивидуально-личностных тенденциях.

Шкалы по своим характеристикам делятся на четыре группы:

– Шкалы «сильного» регистра, выявляющие стеничные свойства личности; это – 4-я, 6-я и 9-я шкалы.

– Шкалы «слабого» регистра, отражающие гипостеничные черты – 2-я, 7-я и 0-я шкала.

– Шкалы «смешанного» типа реагирования – 1-я и 3-я шкалы.

– Особняком стоят 5-я и 8-я шкалы, из которых повышенная у мужчин и пониженная у женщин 5-я смягчает стеничные характеристики, а повышенная 8-я и у тех, и у других усиливает индивидуалистичность.

Наиболее точно отражающим особенности профиля является способ кодирования по Г. Уэлшу (G. Welsh). При этом все базисные шкалы записываются соответственно их порядковому номеру в такой последовательности, чтобы на первом месте находилась наиболее высокая шкала, затем – остальные по мере их снижения. Чтобы показать их место на графике в соответствии со шкалой Т – баллов, необходимо поставить следующие знаки:

«!!» – шкалы, находящиеся на уровне 120 Т и выше,

«!» – шкалы, идущие вслед за ними, но расположенные ниже 120Т и выше 110 Т,

«**» – шкалы, расположенные ниже 10 Т, но выше 100 Т,

«*» – шкалы, расположенные ниже 100 Т, но выше 90 Т,

«"» – шкалы, расположенные ниже 90 Т, но выше 80 Т,

«'» – шкалы, расположенные ниже 80 Т, но выше 70 Т,

«-» – шкалы, расположенные ниже 70 Т, но выше 60 Т,

«/» – шкалы, расположенные ниже 60 Т, но выше 50 Т,

«:» – шкалы, расположенные ниже 50 Т, но выше 40 Т,

«#» – шкалы, расположенные ниже 40 Т, но выше 30 Т,

Тот же принцип обозначений принят и для шкал достоверности [120, 159]. Кодирование удобно для более краткого описания

профиля, а также для более четкого и быстрого разбиения материала на типологически или клинически сходные группы. Кодирование способствует выявлению в изучаемой группе наиболее общих характеристик и закономерностей.

Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)

Первоначальный вариант личностного опросника Бехтеревского института – ЛОБИ (А.Е. Личко, 1983; Л.И. Вассерман и соавт., 1987) был сконструирован в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева как модель мышления клинического психолога и (или) психоневролога, потенциально восполняющая недостаток опыта у врачей-интернистов в квалификации психического состояния и личностной диагностики больного при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля. В последующем ЛОБИ был вытеснен усовершенствованной тестовой методикой, направленной на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ, Л.И. Вассерман и соавт., 2005) [142].

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности. Именно эти подсистемы отношений и были положены в основу структурирования содержания методики по 12-ти темам: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита [106].

Типология отношений к болезни А.Е. Личко и Н.Я. Иванова включает в себя 12 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов:

природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе [87, 102].

Опросник включает соответственно 12 таблиц-наборов утверждений. Каждый набор в свою очередь содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений, составленных на основе клинического опыта группы экспертов. При работе с методикой больному предлагается выбрать два наиболее соответствующих ему утверждений на каждую тему. Каждая таблица-набор содержит также одно дополнительное утверждение: «Ни одно из утверждений мне не подходит». Подобная форма опросника лучше раскрывает систему отношений, чем работа с опросником, в котором используются ответы «да» или «нет», так как позволяет выявить наиболее значимые характеристики отношения к болезни.

Классификация типов отношения к болезни:

1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный).
2. Эргопатический (Р) (стенический).
3. Анозогнозический (З) (эйфорический).
4. Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический).
5. Ипохондрический (И).
6. Неврастенический (Н).
7. Меланхолический (М) (витально-тоскливый).
8. Апатический (А).
9. Сенситивный (С).
10. Эгоцентрический (Я) (истероидный).
11. Паранойяльный (П).
12. Дисфорический (Д) (агрессивный).

Графически величины шкальных оценок изображаются в виде профиля на бланке «Результаты обследования», где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок. Для диагностики типа находят шкалу

(или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны – оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет других шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.

Изучение отношения к болезни включает исследование характера влияния на его формирование биологической, психологической и социальной структур (уровней) личности, поэтому при соматических заболеваниях следует анализировать опосредующую роль психических процессов, свойств, состояний, иерархию потребностей и мотивов, отношение больного к восприятию импульсов, поступающих из внешней среды и из собственного организма [76]. Психологический анализ предполагает рассмотрение отношения к болезни в трех смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. В соответствии с этим эмоциональный компонент отношения к болезни отражает весь спектр чувств, обусловленных болезнью, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связанных с болезнью. Мотивационно-поведенческий компонент отражает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие «роли» больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное

функционирование больного, предполагаемый прогноз. Таким образом, психологический анализ отношения к болезни, проводимый в этих смысловых ракурсах, позволяет описать все основные психические феномены в личности больного, связанные с его заболеванием [142].

Рассмотрение отношения к болезни с позиций психологии отношений по самой своей сути включает анализ трех факторов, влияющих на формирование отношения к болезни: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы [142]. Отношение к болезни, как всякое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), т.е. отражает индивидуальный или личностный уровень. Оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношений, определяется природой самого заболевания.

Все типы отношения к болезни делятся на три блока. Первый включает варианты, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. В третий блок входят виды реагирования с интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Второй и третий блоки характеризуются психической дезадаптацией и нарушением социального функционирования [87]. Поэтому важно оценить содержание интеллектуальной составляющей внутренней картины болезни у пациентов с учетом принадлежности к одному из адаптационных блоков.

Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS)

Алекситимия (греч. а – отрицание, lexis – слово, thyme – чувство) — неспособность человека называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план.

Наличие или отсутствие алекситимии (важного этиологического фактора психосоматических расстройств) определялось данными теста TAS (Toronto Alexithymia Scale) (G. Taylor, 1984; адаптирован в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, 1994) [8, 332].

Тест состоит из 26 утверждений. Испытуемые выбирали один из пяти предложенных вариантов ответов на каждое утверждение. Подсчет баллов TAS осуществлялся по ключу: отрицательный код имели пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 19, 24 (для получения итоговой оценки в баллах ставилась противоположная оценка, выдержанная в отрицательном ключе, то есть, оценка 1 получала 5 баллов; 2 – 4 балла; 3 – 3 балла; 4 – 2 балла; 5 – 1 балл); остальные пункты оценивались согласно баллам ответов. Сумма баллов по всем пунктам равна итоговому баллу. Пациенты считались «алекситимическими» при значениях 74 балла и выше, а набравшие 62 балла и ниже – как «неалекситимические» пациенты (при теоретическом распределении результатов от 26 до 130 баллов). Значения, находящиеся в диапазоне 63-75 баллов, свидетельствовали о переходном состоянии [8].

Бланк TAS

	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Мне часто бывает трудно разобраться, какое чувство я испытываю	1	2	3	4	5
2. Мне трудно подбирать верные слова для своих чувств	1	2	3	4	5
3. У меня бывают такие ощущения в теле, в которых не могут разобраться даже врачи	1	2	3	4	5
4. Я легко могу описать свои чувства	5	4	3	2	1
5. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто о них рассказывать	5	4	3	2	1
6. Когда я расстроен, я не знаю – то ли мне грустно, то ли я испуган, то ли злюсь	1	2	3	4	5
7. Ощущения в моем теле часто вызывают у меня недоумение	1	2	3	4	5
8. Скорее, я предпочту, чтобы все шло своим чередом, чем буду разбираться, почему вышло именно так	1	2	3	4	5
9. У меня бывают чувства, которые я не могу точно назвать	1	2	3	4	5
10. Очень важно отдавать себе отчет в своих эмоциях	5	4	3	2	1
11. Мне трудно описывать, какие чувства я испытываю к другим людям	1	2	3	4	5
12. Люди советуют мне больше говорить о своих чувствах	1	2	3	4	5
13. Я не знаю, что творится внутри меня	1	2	3	4	5
14. Часто я не знаю, почему я злюсь	1	2	3	4	5
15. Я предпочитаю разговаривать с людьми об их повседневных делах, а не об их чувствах	1	2	3	4	5
16. Я предпочитаю смотреть легкие, развлекательные программы, а не психологические драмы	1	2	3	4	5
17. Мне трудно раскрывать свои самые сокровенные чувства, даже близким друзьям	1	2	3	4	5
18. Я могу чувствовать близость к другому человеку, даже когда мы молчим	5	4	3	2	1
19. При решении личных проблем я считаю полезным разобраться в своих чувствах	5	4	3	2	1
20. Поиск скрытого смысла в фильмах или пьесах мешает получать удовольствие от них	1	2	3	4	5

Самоопросник для выявления депрессии CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

Шкала разработана М.М. Weissman с соавторами в 1977 году. Она относится к субъективным тестам и предназначена для выявления и оценки тяжести депрессии. Широко используется в клинических и эпидемиологических исследованиях. При сравнительных исследованиях опросников для выявления депрессии и степени ее выраженности площадь под характеристической кривой CES-D ($0,99 \pm 0,01$) оказалась выше, чем для Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS(d)) и шкалы депрессии Бэка (BDI) [9].

Шкала включает 20 пунктов с определением субъективной частоты симптомов депрессии в течение последнего месяца с ранжированием от 0 (симптом обнаруживается очень редко или вообще никогда) до 3 (симптом присутствует постоянно). При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем пунктам шкалы. Выделяются четыре области значений:

- 0-17 баллов – норма;
- 18-26 баллов – легкая депрессия;
- 27-30 баллов – депрессия средней тяжести;
- 31 балл и выше – тяжелая депрессия.

Шкала-опросник CES-D

Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии и проранжирован от 0 (симптом обнаруживается очень редко или вообще никогда) до 3 (симптом постоянен):

- 0 - Очень редко или никогда
- 1 - Иногда
- 2 - Значительную часть времени
- 3 - Практически всё время

Ниже приведены вопросы (1-20), касающиеся Вашего самочувствия, активности, эмоционального состояния в течение последнего месяца. Выберите ответ, наилучшим образом соответствующий Вашему

сегодняшнему состоянию.

1. Я нервничаю по поводу того, что раньше меня не беспокоило
2. Я не получаю удовольствия от еды, у меня плохой аппетит
3. Несмотря на помощь друзей и членов семьи мне не удается избавиться от чувства тоски
4. Мне кажется, что я не хуже других
5. Мне трудно сконцентрироваться на том, чем приходится заниматься
6. Я чувствую подавленность
7. Все, что я делаю, требует от меня дополнительных усилий
8. Я надеюсь на хорошее будущее
9. Мне кажется, что моя жизнь сложилась неудачно
10. Я испытываю беспокойство, страхи
11. У меня плохой ночной сон
12. Я чувствую себя счастливым человеком
13. Кажется, что я стал меньше говорить
14. Меня беспокоит чувство одиночества
15. Окружающие недружелюбны ко мне
16. Жизнь доставляет мне удовольствие
17. Я легко могу заплакать
18. Я испытываю грусть, хандру
19. Мне кажется, то люди меня не любят
20. У меня нет сил и желания начинать что-либо делать

**Опросник выраженности психопатологической симптоматики
Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)**

Клиническая шкала самоотчета – Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), разработанная L.R. Derogatis, K. Rickels, A.F. Rock [249, 250, 301], широко используется для изучения психического состояния и терапевтической динамики больных, как в амбулаторной, так и в стационарной практике [32, 268]. Методика переведена и адаптирована Н.В. Тарабриной в Институте психологии РАН (лаборатория психологии посттравматического стресса и

психотерапии, 2001) [171]. Это экономичный психодиагностический метод, позволяющий определять большое количество показателей в статике и в динамике. SCL-90-R используется для оценки глубины психических нарушений, изучения психического состояния и терапевтической динамики больных соматизированными расстройствами, расстройствами пищевого поведения, алкоголизмом и другими формами зависимости. Опросник включает 90 пунктов, ранжированных по 5-балльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «отсутствует», а 4 – «максимальная выраженность симптомов». Время проведения 15-30 минут.

Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности – Obsessive-Compulsive (O-C), интерперсональной сенситивности – Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревоги – Anxiety (ANX), враждебности – Anger-Hostility (HOS), фобической тревоги – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY) и по 3 обобщенным шкалам (индексам) второго порядка: общий индекс тяжести симптомов – Global Severity Index (GSI), индекс наличия признаков дистресса – Positive Symptom Distress Index (PSDI), общее число утвердительных ответов – Positive Symptom Total (PST). Кроме того, в опроснике имеется 7 вопросов, которые не входят ни в одну из указанных шкал. Они участвуют в общей обработке теста: 1 – «плохой аппетит»; 2 – «переедание»; 3 – «трудности засыпания»; 4 – «мысли о смерти»; 5 – «бессонница по утрам»; 6 – «беспокойный и тревожный сон»; 7 – «чувство вины».

SCL-90-R — инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса. Тест-ретестовая надежность для SCL-90-R очень хорошая, и нет данных о каких-либо существенных искажениях при повторном предъявлении методики [171]. Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность

отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

В настоящее время SCL-90-R используется для оценки глубины психических нарушений, изучения психического состояния и терапевтической динамики больных. Несмотря на то, что опросник является формой самонаблюдения и заполняется больным, он позволяет пациентам более откровенно заявить о своих психических переживаниях, которые обычно скрываются, считаются незначительными или даже стыдными. Во время беседы с врачом или психологом, больные чаще стараются показать свою «нормальность» и произвести благоприятное впечатление (что вполне адекватно для социально адаптивной личности). Часть обследуемых высказывалась демонстративно негативно по поводу некоторых вопросов, но были и те, кто старался избежать обсуждения полученных результатов, смущались, оправдывались в недостаточном понимании сути вопросов.

Тест-опросник МУН (А.А. Реан)

Опросник предназначен для дифференцированной оценки двух связанных, но противоположно направленных мотивационных тенденций: стремления к успеху и боязни неудачи. Определенные сочетания этих мотивационных тенденций у человека по их силе создают определенный тип личности и предопределяют разное поведение. Опросник состоит из 20 утверждений, с каждым из которых обследуемый согласен или не согласен. В бланке необходимо выбрать ответ «да» или «нет». Отмечать свою реакцию рекомендуется быстро, не задумываясь надолго.

За каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается 1 балл. Подсчитывается общее количество набранных баллов. Если количество набранных баллов от 1 до 7, то диагностируется мотивация на неудачу (боязнь неудачи). Если количество набранных баллов от 14 до 20, то диагностируется мотивация на успех (надежда на успех). Если количество набранных баллов от 8 до 13; то следует считать, что мотивационный полюс ярко не выражен. При этом

можно иметь в виду, что если количество баллов 8 или 9, есть определенная тенденция мотивации на неудачу, а если количество баллов 12 или 13, имеется определенная тенденция мотивации на успех [30].

Тест «Мотивация к успеху» (Т. Элерс)

Тест упоминается как «Методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса» или «Опросник Т. Элерса для изучения мотивации достижения успеха». Тест содержит 41 вопрос, на каждый из которых следует ответить «да» или «нет». Далее ответы сравнивают с ключом, суммируют совпадающие баллы и оценивают в соответствии со шкалой:

от 1 до 10 баллов – низкая мотивация к успеху;

от 11 до 16 баллов – средний уровень мотивации;

от 17 до 20 баллов – умеренно высокий уровень мотивации;

свыше 21 балла – слишком высокий уровень мотивации к успеху.

Результат теста «Мотивация к успеху» следует анализировать вместе с результатами двух следующих тестов: теста «Мотивация к избеганию неудач» и теста «Готовность к риску» [144, 147].

Тест «Измерение мотивации достижения» (ТМД, А. Мехрабиан)

Модификация теста-опросника Альберта Мехрабиана (Mehrabian Achieving Tendency Scale, MATS, A. Mehrabian, 1969) для измерения мотивации достижения, предложенная М.Ш. Магомед-Эминовым. Опросник построен на основе теории мотивации достижения Дж. Аткинсона. ТМД предназначен для диагностики двух обобщенных устойчивых мотивов личности (мотивационных тенденций): мотива стремления к успеху и мотива избегания неудачи у подростков и взрослых. При этом оценивается, какой из этих двух мотивов у испытуемого доминирует. Мотивация достижения здесь понимается как процесс, актуализирующийся в ситуации достижения,

тематизированной определенными стандартами мастерства, компетентности, и направленный на достижение успеха и избегание неудачи. Тест состоит из утверждений, касающихся отдельных сторон характера, а также мнений и чувств по поводу некоторых жизненных ситуаций. Тест представляет собой опросник, имеющий две формы – мужскую (форма А) и женскую (форма Б).

Испытуемые оценивают свое согласие или несогласие с каждым из утверждений по семибалльной шкале (+3, +2, +1, 0, -1, -2, -3). На основе подсчета суммарного балла определяется, какая мотивационная тенденция доминирует у испытуемого. Доступно два варианта интерпретаций результатов тестирования. Один из них [130]:

- мотивация достижения: 165-221;
- мотивация избегания неудачи: 76-164 баллов;
- мотивация не выражена: 0-75 баллов.

Другой способ интерпретации результатов теста [149]: на основе суммарного балла определяют, какая мотивационная тенденция доминирует у испытуемого. Баллы всей выборки испытуемых, участвующих в эксперименте, ранжируют и выделяют две контрастные группы: верхние 27% выборки характеризуются мотивом стремления к успеху, а нижние 27% – мотивом избегания неудачи.

Шкала оценки потребности в достижении (Ю.М. Орлов)

Методика оценки потребности в достижении (Ю.М. Орлов, 1978) используется для измерения потребности в достижении цели, успеха и в целом достижений [60]. Чем выше у человека самооценка, тем более он активен и нацелен на достижения. Потребность в достижении превращается в таком случае в личностное свойство, установку. Шкала состоит из 22 суждений, по поводу которых возможны два варианта ответов – «да» или «нет». Ответы, совпадающие с ключевыми, суммируются (по 1 баллу за каждый ответ). Среднее время тестирования – 10-15 минут. Шкала

потребности в достижениях имеет децильные (стэновые) нормы, поэтому конкретный результат нужно оценить с помощью специальной таблицы. В результате определяется степень потребности в достижении: 2-11 – низкая, 12-15 – средняя, 16-18 – высокая. Потребность в достижении – это тенденция к улучшению результатов, переживанию успеха/неудачи в деятельности, неудовлетворенности достигнутым, настойчивости в достижении своих целей, уверенности в себе.

Лица с высоким уровнем потребности в достижениях отличаются следующими чертами:

- настойчивостью в достижении своих целей,
- неудовлетворенностью достигнутым,
- постоянным стремлением сделать дело лучше, чем раньше,
- склонностью сильно увлекаться работой,
- стремлением в любом случае пережить удовольствие успеха,
- неспособностью плохо работать,
- потребностью изобретать новые приемы работы в исполнении самых обычных дел,
- отсутствием духа соперничества, желанием, чтобы и другие вместе с ними пережили успех и достижение результата,
- неудовлетворенностью легким успехом и неожиданной легкостью задачи,
- готовностью принять помощь и помогать другим при решении трудных задач, чтобы совместно испытать радость успеха.

Тест «Мотивационная направленность»

Общепринятые тесты, измеряющие степень «мотивации на успех» и «мотивации на избегание неудачи», в основном содержат вопросы социальной и учебной успешности. Они, безусловно, информативны при оценке стремления человека добиваться определенных карьерных, финансовых и материальных целей и общественного признания и одобрения.

Состояние здоровья не относится к социально измеряемым

категориям. Поэтому те мотиваторы, которые работают на производстве и в учебном процессе, не влияют или, наоборот, снижают мотивацию к лечению.

На сегодня нет разработанных методик измерения мотивации к лечению. В практике врача важно сразу разобраться в мотивационной направленности пациента: позитивная мотивационная направленность (мотивация «К», стремление к цели, к комфорту, к лучшему) или негативная мотивационная направленность (мотивация «От», стремление избежать дискомфорта, наказания, проблем, проигрышей).

Во время беседы с больным, на этапе терапевтических рекомендаций, врач объясняет необходимость применения данных процедур, препаратов, их действие и лечебный результат, возможные осложнения и побочные эффекты, негативный исход при бездействии. На одних пациентов больший эффект оказывают позитивные цели, а на других – возможные опасности и негативные исходы. Не зная точно, какая доминирует мотивационная направленность у конкретного человека, врач использует позитивную и негативную мотивировку одновременно (привлекательность выздоровления запугивание осложнениями).

Зачастую в беседе пациенты сами указывают на ведущую мотивацию, говоря о победах, достижениях, успехах («К») или о трудностях, страхах, осложнениях («От»). Однако требуется экспериментально-психологическое обоснование и подтверждение целесообразности подобного подхода к мотивированию больных на лечение и выполнение врачебных рекомендаций.

Для выявления ведущей направленности мотивации, нами был разработан опросник «Мотивационная направленность». Тест разрабатывался на основе серии совещаний с экспертами в области психологии, которые внесли свой вклад в отношении вопросов, методологии и структуры исследования. Методика содержит 44 вопроса о направленности мотивации личности.

В результате подсчета суммы ответов, в соответствии с ключом,

получаются сырые баллы, которые переводятся в стандартные стэны. Для стэнов находятся среднее (M), стандартное отклонение (σ), от среднего в обе стороны отсчитывают по пять интервалов $\sigma/2$ (по половине σ).

Получившиеся данные оценивают: 1-19 баллов – негативная мотивация, 20-24 баллов – смешанная мотивация, 25-44 баллов – позитивная мотивация.

Тест

Мотивационная направленность

Вам будет предложено 44 вопроса, на каждый из которых ответьте «да» (+) или «нет» (-).

1. Если я сам выбрал себе задание, то в случае неудачи или препятствий его притягательность для меня еще более возрастает.
2. Я не хочу быть тем, кто стремится к власти и положению.
3. Когда нужно соревноваться, у меня скорее возникает интерес и азарт, чем тревога и беспокойство.
4. Когда я работаю, это выглядит так, будто я все ставлю на карту.
5. Когда возникает проблемная ситуация, я чаще всего принимаю решение одним из последних.
6. Я, как правило, не отказываюсь от поставленной цели даже в случае неудачи на пути к ее достижению.
7. При работе в условиях ограниченного времени результативность моей деятельности обычно улучшается, даже если задание достаточно трудное.
8. Мои успехи в какой-то мере зависят от моих коллег.
9. Я работаю эффективнее под чьим-то руководством, чем когда несу за свою работу личную ответственность.
10. Порицание стимулирует меня сильнее, чем похвала.
11. Предпочитаю ставить перед собой средние по трудности или слегка завышенные, но достижимые цели.
12. Мне проще и легче общаться с людьми, которые могут упорно работать.
13. После успешного ответа на экзамене я скорее с облегчением вздохну («пронесло!»), чем порадуюсь хорошей оценке.

14. Препятствия делают мои решения более твердыми.
15. Когда мне приходится принимать решение, я стараюсь делать это как можно лучше.
16. Нужно полагаться только на самого себя.
17. Когда я берусь за трудное дело, я больше опасаюсь, что не справлюсь с ним, чем уверен, что оно получится.
18. Я всегда думаю, прежде чем рисковать.
19. При выполнении работы я не рассчитываю на помощь других.
20. Если бы у меня что-то не выходило, я скорее приложил бы все силы, чтобы с этим справиться, чем перешел бы к тому, что у меня получается хорошо.
21. Я часто выбираю крайности: либо очень легкие задания, либо совершенно невыполнимые.
22. Бессмысленно противодействовать воле руководителя.
23. Когда мне приходится браться за трудное задание, а времени мало, я работаю гораздо хуже, медленнее.
24. Иногда я откладываю то, что должен был сделать сейчас.
25. Как правило, если выполнить задание не получается, то я сразу теряю к нему интерес.
26. Я скорее выучу развлекательные игры, известные большинству людей, чем редкие игры, которые требуют мастерства и известны немногим.
27. Всегда, когда мне предстоит выполнить важное задание, я ни о чем другом не думаю.
28. Обычно я действую активно.
29. Я предпочел бы важное дело с вероятностью неудачи в нем равной 50%, делу важному, но не трудному.
30. Я обычно мало внимания обращаю на свои достижения.
31. При выполнении ответственных заданий я по мере сил стараюсь найти любые причины, чтобы отказаться.
32. Плодотворность деятельности в основном зависит от меня самого, а не от чьего-то контроля.
33. Я обычно настойчив в достижении цели.
34. Мне больше нравится выполнять сложное незнакомое задание, чем то, в успехе которого я уверен.

35. Я менее честолюбив, чем многие другие.
36. Я предпочитаю планировать свое будущее лишь на ближайшее время.
37. Я чаще берусь за трудные задачи, даже если не уверен, что смогу их решить, чем за легкие, в решении которых сомневаюсь.
38. Я обычно планирую свое будущее не только на несколько дней, но и на месяц или на год вперед.
39. После неудачи я скорее становлюсь более собранными энергичным, чем теряю всякое желание продолжать дело.
40. Я обычно не очень настойчив в достижении цели, особенно если меня никто не контролирует.
41. Когда я расположен к работе, я делаю ее лучше и профессиональнее, чем другие.
42. Для меня очень важно делать свою работу как можно лучше, даже если из-за этого у меня возникают трения с товарищами.
43. Я склонен к проявлению инициативы.
44. При встрече с препятствиями я, как правило, не отступаю, а ищу способы их преодоления.

Общий балл _____

Тип мотивационной направленности _____

Шкала оценки мотивации одобрения (Д. Краун и Д. Марлоу)

Методика диагностики самооценки мотивации одобрения (шкала лживости) Д. Марлоу и Д. Крауна [147]. Данный тест позволяет оценить желание получить одобрение окружающих в отношении своих слов и поступков. Опросник состоит из 19 суждений, на которые возможны два варианта ответов – «да» или «нет». Ответы, совпадающие с ключом, кодируются в 1 балл. Общая сумма (min = 2, max = 20) говорит о выраженности мотивации одобрения: 2-11 – низкая, 12-15 – средняя, 16-18 – высокая мотивация одобрения. Высокая мотивация одобрения свидетельствует о высокой потребности в общении и наоборот [122].

Опросник «Диагностика надежды на успех»

На наш взгляд, общеизвестные методики определения ведущей мотивации, наряду с утверждениями о потребности и стремлении добиться успеха, достигнуть результата и поставленной цели, содержат вопросы, относящиеся к надежде на других людей, явления, силы, случайности, чудо. Для выделения из состава «мотивации на успех» такого волевого явления как «надежда на успех» нами был разработан опросник «Диагностика надежды на успех». Методика содержит 20 вопросов на стремление переложить ответственность за исход своего поведения на других людей или ситуации, наличие четко очерченной надежды на достижение успеха без его активного участия. В результате подсчета суммы положительных ответов получают стэны, оцениваемые по законам шкалы интервалов (интервальная шкала). Это значит, что точка отсчета величины признака и интервал выбраны условно. Однако расчетный стандартизированный интервал дает возможность полагать, что на доверительном уровне (95%) разница между наличием и отсутствием надежды на успех постоянна и равна определенному вычисленному значению.

Опросник

Диагностика надежды на успех

Вам будет предложено 20 вопросов, на каждый из которых ответьте «да» (+) или «нет» (-).

1. Многое, за что я берусь, я не довожу до конца.
2. При игре в карты я скорее сыграл бы в развлекательную игру, чем в трудную и требующую размышлений.
3. Усердие – это не основная моя черта.
4. Пожалуй, я больше мечтаю о своих планах на будущее, чем пытаюсь их реально осуществить.
5. Обычно мне везет.
6. Если бы я успешно решил какую-то задачу, то с большим удовольствием взялся бы еще раз решить аналогичную задачу, чем перешел бы к задаче другого типа.

7. Иногда лучше не вмешиваться в естественное течение дел и событий.
8. Я предпочитаю соревнования, где я сильнее других, чем те, где все участники приблизительно равны по своим возможностям.
9. Меня больше привлекает дело, которое не требует напряжения, в успехе которого я уверен, в котором не бывает неожиданностей.
10. Я завидую людям, которые не загружены работой.
11. Всегда найдутся люди, лучше справляющиеся с трудностями.
12. Я больше думаю о получении хорошей оценки, чем опасаясь получения плохой.
13. Включаясь в работу, я, как правило, надеюсь на успех.
14. Я мало добился бы без участия других людей.
15. Я предпочел бы работу, в которой мои функции четко определены и зарплата выше средней, работе со средней зарплатой, в которой я должен сам определять свою роль.
16. В некоторые дни мне не очень везет и мои успехи ниже средних.
17. Я многого не достиг из-за неблагоприятных стечений обстоятельств.
18. Если у меня что-то не выходит, я лучше обращусь к кому-либо за помощью, чем стану сам продолжать искать выход.
19. Я знаю, что мои коллеги считают меня везучим человеком.
20. Лучше передать решение проблем более квалифицированным и знающим людям.

Методика диагностики степени готовности к риску (RSK Г. Шуберта)

Методика RSK Г. Шуберта используется в адаптации Е.П. Ильина – «Диагностика степени готовности к риску». Методика позволяет оценить особенности поведенческих реакций человека в ситуациях, сопряженных с неопределенностью для жизни, требующих нарушения установленных норм, правил. Рекомендуется при подборе лиц, пригодных для работы в условиях, связанных с риском. Обследование может проводиться как индивидуально, так и в группе. Респонденты должны оценить степень своей готовности совершить действия, о которых спрашивается [147].

Тест состоит из 25 вопросов, на каждый из которых предлагается дать один из пяти предлагаемых вариантов ответов:

2 балла – полностью согласен, полное «да»;

1 балл – больше «да», чем «нет»;

0 баллов – ни «да», ни «нет», нечто среднее;

-1 балл – больше «нет», чем «да»;

-2 балла – полное «нет».

Общее время обследования – около 7 минут. Результат определяется согласно набранным баллам, на основании которых выносится заключение о склонности человека к рискованному поведению. Общая оценка теста дается по непрерывной шкале как отклонение от среднего значения. Положительные ответы свидетельствуют о склонности к риску. Значения теста: от -50 до +50 баллов.

Результат оценивается по следующей шкале:

меньше -30 баллов: слишком выраженная осторожность;

от -10 до +10 баллов: средние значения;

свыше +20 баллов: склонность к риску.

Математические методы анализа

Для проведения статистического и математического анализа полученных клинико-функциональных и психологических данных были использованы пакеты программ: STATISTICA (data analysis software system), версия 10.0 [330]; Microsoft Word 2002 (10.6612.6626) SP3 [31]. Анализируемый материал представлен в виде файлов данных пакета STATISTICA, содержащих исходные данные.

Для каждого параметра был проведен первичный статистический анализ, включавший W-тест нормальности Шапиро-Уилка (Shapiro Wilk test), построение гистограмм частот для выяснения типа распределения и принятия решения о дальнейшем использовании параметрических или непараметрических статистических методов [327]. Для номинальных параметров, описываемых нормальным распределением, проводилось

определение средней арифметической величины (M), стандартного отклонения (σ), средней ошибки среднего значения (m), для непараметрических данных вычислялась средняя арифметическая, медиана, 25-й и 75-й перцентили [62].

Для изучения степени неоднородности исследуемой совокупности обследованных, выявления случаев нетипичного для основной доли совокупности течения заболевания, определения особенности изменения (относительная величина и направленность) изучаемых параметров проводилась классификация множества исследуемых объектов по результирующим и факторным показателям с применением иерархического кластерного анализа. Использовался алгоритм древовидной иерархической кластеризации. Мерой расстояния между кластерами служила Евклидова метрика (Euclidean distances), объединение выполнялось по методу Варда (Ward's method). Наименьшая дистанция объединения отдельных элементов кластера означала наибольшую схожесть динамики данных элементов в выборке. После выполнения кластеризации для выборочной кросстабуляции полученных кластеров с качественными и количественными критериями из общей таблицы данных были использованы значения амальгамационной таблицы (ld – linkage distance) [325].

Для выявления различия между показателями сравниваемых групп (кластеров) использовали непараметрический однофакторный и многомерный дисперсионный и ковариационный анализ (ANOVA) с последующим проведением теста Ньюмена-Кейлса (Newman-Keuls test). При парном сравнении уровень значимости различий оценивался по параметрическому критерию Стьюдента для независимых выборок (парный, непарный). Принимались во внимание уровни значимости (p) 0,05; 0,01; 0,001 [43].

Проверку уровня значимости связи в таблицах сопряжения проводили с использованием критерия максимума правдоподобия хи-квадрат ($M-L \chi^2$). Для таблиц сопряжения 2×2 использовали точный двусторонний критерий Фишера (Fisher exact P two-tailed). Значения

$p \leq 0,05$ ($\geq 95\%$) считались статистически значимыми [285]. Изучение силы и направленности связей между переменными проводили с использованием непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R).

Для анализа структуры переменных (выделение латентных признаков (факторов), их ранжирование по степени значимости, определение взаимосвязи между факторами) был применен факторный анализ. Использовался метод главных компонент с последующим варимаксным (varimax) вращением, позволяющим выделить ортогональные факторы, а также иерархический факторный анализ и оценка вторичных факторов на основе косоугольного вращения полученных факторов. Для принятия решения о числе выделяемых факторов руководствовались графическим тестом Кэттела.

На основании данных кластерного и факторного анализов выполнялось построение формализованных клинко-прогностических моделей контроля бронхиальной астмы у больных.

С целью определения способа, позволяющего на основании значений клинко-функциональных и психологических характеристик при изменении значений показателей определить принадлежность больного бронхиальной астмой к той или иной группе, применялись методы дискриминантного анализа [61]. Использовался пошаговый дискриминантный анализ с исключением. При отборе предикторов оценивались значения Wilks' Lambda, частной Lambda, толерантность, F и P до и после включения предиктора в модель.

После получения дискриминантных уравнений для определения статистической значимости выделенных канонических корней проводился тест χ^2 . Оценивались собственные значения корней и канонические средние для каждой дискриминируемой группы. Для определения степени влияния того или иного предиктора на значения дискриминантных функций в изучаемых группах оценивались стандартизованные коэффициенты дискриминантных уравнений.

Проводился графический анализ распределения результатов вычисления дискриминантных функций для каждой группы.

Оценка степени осведомленности больных бронхиальной астмой о своем заболевании

Несмотря на то, что исследования, посвященные бронхиальной астме, многочисленны и обширны, существует множество неясностей и противоречий в понимании нефармакологических предикторов недостижения контроля бронхиальной астмы и его изменений в динамике [145].

В этой связи, нами было произведено комплексное клиничко-психологическое обследование 193 больных бронхиальной астмой при поступлении в стационар. Госпитализация была связана с ухудшением самочувствия, с проведением очередного этапа исследования (больные приглашались для диагностики, независимо от стадии и фазы заболевания), а также с целью установления или опровержения диагноза бронхиальной астмы (первичное поступление пациентов в стационар).

По данным опросника ОКБА выяснилось, что 141 пациент (73% выборки) ранее и в течение последних трех месяцев перед включением в исследование принимали различные глюкокортикостероидные препараты, в том числе в виде монотерапии и ГКС (беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказон) и фиксированных комбинаций с β_2 -агонистами длительного действия (беклометазон/формотерол, флутиказона пропионат/сальметерол, будесонид/формотерол), имели опыт использования различных сухопорошковых ингаляторов (DPI – dry powder inhalers).

По результатам анкеты-теста «Информированность пациентов о бронхиальной астме» в 52% случаев (101 человек) эти больные демонстрировали средний уровень знаний о бронхиальной астме, то есть выявляли определенную степень осведомленности в отношении своего заболевания. Это оказались пациенты с ранее выставленным

диагнозом «бронхиальная астма», в том числе – повторно поступающие в данное отделение. Часть из них (63 человека) на руках имели индивидуальные планы ведения, где были указаны рекомендации по базисной терапии, дополнительным препаратам и коррекции образа жизни. Остальные респонденты (52 человека, 26,9% всей выборки) до исследования никогда не принимали противоастматической терапии или использовали только бронхолитики короткого действия (в виде дозированных аэрозольных ингаляторов под давлением, pMDI – pressurized metered dose inhalers) по потребности, т.е. были стероид-наивными [209]. Кроме того, они показали низкий уровень знаний по результатам заполнения анкеты-теста «Информированность пациентов о бронхиальной астме», означавший низкую степень осведомленности о бронхиальной астме. Данная категория больных была госпитализирована для обследования в связи с необходимостью постановки диагноза.

Исходя из степени осведомленности о бронхиальной астме и ее лечении, все обследуемые пациенты были разделены на две группы – группа А (осведомленные о бронхиальной астме) и группа В (неосведомленные о бронхиальной астме).

Группа А была организована 141 больным бронхиальной астмой (73% всей выборки) легкой персистирующей (28 человек, 20% группы А), персистирующей среднетяжелой (86 человек, 61%) и персистирующей тяжелой (27 человек, 19%) степени тяжести. Женщины составили 76%. Средний возраст в группе – $44,2 \pm 1,06$ лет (от 18 до 60 лет). Средняя длительность заболевания $7,8 \pm 8,9$ лет.

Группу В составили 52 человека (27% выборки), из них 83% группы составили женщины. По степени тяжести больные распределились в группе следующим образом: 15 человек (29%) легкой степени, 35 (67%) – средней степени и 2 (4%) тяжелой персистирующей бронхиальной астмы. Средний возраст в группе – $41,4 \pm 1,75$ лет (от 21 до 60 лет). Средняя длительность заболевания $1,9 \pm 0,5$ лет. Эти пациенты не имели официально установленного диагноза «бронхиальная астма», не принимали адекватной терапии и

не контролировали астматическую симптоматику. Из них 34 человека подозревали у себя «астму», 12 – «бронхит», шестеро – «аллергию». Данная категория больных принципиально отличалась от больных, осведомленных о бронхиальной астме, «с опытом»: они имели минимальные знания о своем заболевании (по данным анкеты-теста «Информированность пациентов о бронхиальной астме»). Для многих (44 больных, 85% группы) ситуация столкновения с соматическим диагнозом явилась стрессовой, реакции на выявленную болезнь находились в стадии формирования, они были вынуждены переосмысливать жизненные планы, переоценивать ценности. У этой категории больных невозможно определить степень кооперативности и мотивацию к лечению (еще не сформированы). При первом интервью с пациентами данной подгруппы можно было судить об их отношении к выставленному диагнозу, об эмоциональной реакции на изменение личностного статуса, о копинг-стратегиях, о комплаенсе (готовности выполнять врачебные назначения), о мотивационной сфере индивида в целом.

Оценка кооперативности у осведомленных о своем заболевании больных бронхиальной астмой

У больных бронхиальной астмой со стажем и опытом взаимодействия с врачами-терапевтами и пульмонологами, осведомленных о своем заболевании и принимавших ранее ИГКС (группа А), исследовались особенности кооперативности. При анализе формы А опросника ОКБА (самозаполнение) у пациентов выявились общие закономерности и некоторые отличия. Средние значения показателей кооперативности оказались следующими: общий индекс кооперативности (ОИК) – $78,4 \pm 12,4\%$, удовлетворенность кооперативностью (УК) – $89,5 \pm 1,2\%$, осознание опасности (ОО) – $35,3 \pm 8,3\%$, потребность в безопасности (ПБ) – $91,7 \pm 6,2\%$. ОИК оказался не максимальным, но достаточно высоким. Примечательно, что при высокой потребности в безопасности

больные плохо осознают реальную опасность, связанную с бронхиальной астмой. Считается, что осознание опасности является одним из определяющих факторов формирования кооперативности.

Исходя из анализа ответов самозаполнения формы А III части опросника ОКБА, больные обследуемой группы демонстрировали достаточно высокий уровень кооперативности и удовлетворенности от кооперативности. Но данные результаты расходились с представлением о роли кооперативности в процессе достижения контроля бронхиальной астмы (наличие обострения заболевания при поступлении). Поэтому все пациенты проходили интервью по форме Б части III опросника ОКБА, и их лечащие врачи заполняли часть IV данного опросника.

Интервью строилось таким образом, чтобы совпадение вопросов заполняемых форм А и Б не было очевидным для больных: в ходе доверительной беседы пункты предъявлялись в разброс, делались уточнения, конкретизация отдельных пунктов, пациенты не осведомлялись о результатах заполнения ими формы А. В результате были получены следующие результаты: ОИК – $58,1 \pm 7,3\%$, УК – $75,8\%$, ОО – $35,8 \pm 3,3\%$, ПБ – $83,5 \pm 9,2\%$. Средние значения ОО и ПБ идентичны показателям формы А. То есть, больные бронхиальной астмой действительно нуждаются в ощущении безопасности, но не связывают эту потребность с опасностью, которую представляет астма для их жизни и благополучия. Кроме того, их успокоенность возрастала с приобретением знаний о скорпомощных препаратах и в связи с возможностью обратиться за специализированной помощью в клинику (72 больных, 51%, поступали в стационар с обострением бронхиальной астмы более одного раза в год). Средний показатель ОИК оказался значительно ниже полученного при самостоятельном заполнении опросника ($78,4 \pm 12,4\%$, $p < 0,05$), что свидетельствует о низкой готовности и желании следовать рекомендациям врача у пациентов данной выборки. Именно этот показатель можно считать более объективным для оценки кооперативности больных.

Практически по всем вопросам опросника ОКБА отмечалось

некоторое снижение сырых баллов формы Б по сравнению с формой А (на 1-2 балла). Особенно заметное снижение значений (на 4-7 баллов) касалось вопросов об отношении больных к ингаляционной терапии глюкокортикоидами, об удовлетворенности лечащим врачом, о степени полноты выполнения врачебных рекомендаций. Только четыре человека (все мужчины) уверяли, что не испытывают страха перед гормональными препаратами, но при этом негативно относились к необходимости периодического и постоянного приема лекарств.

При качественном анализе ответов обратили на себя внимание некоторые особенности кооперативности больных данной группы. По поводу испытываемого чувства, когда впервые узнали о своем диагнозе («бронхиальная астма»), 58 человек (41% группы А) указали страх, 46 человек – удивление (33%), 37 больных – не испытали «ничего особенного» (26%). Различий между группами с учетом степени тяжести бронхиальной астмы по данному вопросу не было. 135 человек (96%) отметили, что «астма для их жизни представляет серьезную и очень серьезную опасность». Для остальных больных эта опасность представлялась «умеренной». На вопрос о том, как они сегодня относятся к своей астме, 74 человека (52%) ответили, что «спокойнее, чем раньше», 29 человека (21%) – «с большим беспокойством», у 12 человек (8%) «отношение не изменилось», и 26 больных (18%) затруднились ответить на этот вопрос. Причем, из затруднившихся определить свое отношение к болезни у 24 человек (92%) выявлялась алекситимия по шкале TAS. То есть, у половины пациентов со временем страх рационально перерабатывался, и они более рационально относились к факту наличия болезни. Они отмечали, что, получая больше информации о болезни и тактике поведения при приступах, чувствуют себя увереннее и спокойнее. Два пациента сообщили, что «благодаря болезни надеются улучшить свои жилищные условия». Однако 21% выборки сохраняли тревогу и беспокойство по поводу опасностей бронхиальной астмы, и практически все пациенты отмечали следующие свои опасения: «я

постоянно прислушиваюсь к своему дыханию и жду приступа астмы», «меня пугает каждый приступ астмы», «из-за астмы я боюсь оставаться в одиночестве», «у меня всегда есть дома запасной ингалятор, и я всегда беру с собой лекарства от астмы», «мысли об астме мне часто мешают заснуть», «я слишком устал от болезни, чтобы продолжать с ней бороться». 134 человека (95%) указали, что «астма – не самая большая моя проблема со здоровьем». И, действительно, подавляющее большинство выборки (133 человека, 94%) имело несколько серьезных хронических заболеваний, помимо бронхиальной астмы, сильно ухудшавших их самочувствие и снижавших качество их жизни (см. раздел 2.3.: «Клиническая характеристика обследованного контингента»).

Все без исключения больные бронхиальной астмой считали, что родные и близкие за них переживают, поддерживают и помогают во всем. В свою очередь большая часть выборки (122 человека, 86%) признавала, что «В мое отсутствие моим близким приходится нелегко» и «Мне необходимо «поставить на ноги» своих детей (внуков)». Это может быть одним из мотивов к лечению у данных больных.

Сослуживцы пациентов (одноклассники, однокурсники) либо не знали об их заболевании (27 человек, 19%), либо «они занятые люди и им не до моих проблем» (104 человек, 74%), либо «переживают и помогают во всем» (10 человек, 7%). Обращает на себя внимание частое указание, что больные не обсуждали свою астму с окружающими и предпочитали ее скрыть (133 человека, 94%). Два человека указали на тот факт, что «Стоило мне заболеть, как окружающие стали лучше ко мне относиться» и «Ситуация так складывается, что болеть стало выгодно для меня». Один респондент указал, что потерял работу из-за заболевания бронхиальной астмой.

По поводу прогноза бронхиальной астмы больные считали: «Я смогу справиться со своей астмой, если буду следовать всем врачебным рекомендациям» (86 человек, 60%), «Важно не приучить себя к сильным лекарствам, тогда легче будет справиться со своей

астмой» (24 человек, 17%), «Считаю, что у меня астма со временем пройдет сама по себе» (13 человек, 9%), «Чтобы избавиться от астмы, мне необходимы только самые современные средства» (10 случаев, 7%), «У меня настолько серьезная астма, что никакие лекарства не помогут» (8 случаев, 6%). Таким образом, анкетирование показало, что большинство опрошенных осознают важность сотрудничества с лечащим врачом для успешной борьбы с бронхиальной астмой.

В рейтинге источников информации о лечении и профилактике бронхиальной астмы у всех больных на первом месте стояли врачебные рекомендации. Второе место делили поровну специальная медицинская литература и советы других людей, страдающих астмой. На третьем месте оказались средства массовой информации и интернет. Поэтому на врачей возлагается особая ответственность и обязанность по повышению осведомленности больных о своем заболевании.

Все больные утверждали, что в настоящее время удовлетворены лечением своей астмы и в стационаре полностью выполняют все врачебные рекомендации. Данные пункты опросника не сопровождались недоумением пациентов в отношении того, что при такой исполнительности они часто испытывают дискомфорт в самочувствии, и часто возникает необходимость в коррекции терапии. Интересно, что после заявления о «полном выполнении» назначений пациенты отмечали факторы, мешающие в точности следовать всем врачебным рекомендациям и добиваться более успешного лечения астмы: «собственная неорганизованность» (112 случаев, 79%), «недостаток собственной целеустремленности и терпения» (82 случая, 58%), «недостаток денег» («слишком дорогое лекарство», 62 человека, 44%), «отсутствие эффективных лекарств» (37 человека, 26%), «нехватка внимания и заботы окружающих» (21 человек, 15%), «я опасаюсь последствий такого лечения» (9 больных, 6%), «недостаточно профессионализма врачей» (4 ответа, 3%). Трём больным (2%) было сложно пользоваться лекарством, и 8 больных (6%) отметили, что у них нет эффекта от лекарств («лечение не

приносит мне облегчения»). Тем не менее, все больные уверяли, что могут справиться с приступом астмы самостоятельно (со степенью уверенности от «скорее всего» до «абсолютно верно»). Имея право на льготное получение противоастматических препаратов, по данным опросника, больные тратили на препараты от 500 до 10 000 руб. в месяц (самые часто указываемые суммы – 1 500 и 4 000 руб.).

На вопрос «Как Вы поступаете, если не чувствуете скорого облегчения от рекомендованного врачом лекарства?», больные отвечали (необходимо было указать все варианты поведения): «советуюсь с другим врачом» (71 случаев, 50%), «продолжаю принимать» (46 случаев, 33%), «перестаю его принимать» (44 случая, 31%), «советуюсь со своим врачом» (27 случаев, 19%), «самостоятельно увеличиваю дозу лекарства» (8 случаев, 6%). Похоже, что в первую очередь больные сомневаются в компетентности своего доктора и не склонны обсуждать с ним особенности эффектов лекарств. Треть больных самостоятельно прекращают прием препаратов, не приносящих скорого облегчения. Столько же пациентов продолжают принимать лекарство, хотя и сомневаются в его полезности.

При рекомендации врачом слишком дорогого лекарства, 79 человек постарались бы достать его по льготному рецепту (56%), 45 больных планируют попросить в аптеке более дешевую замену (32%), 35 больных (25%) уверены, что купят его за любые деньги и будут принимать, не станут его принимать 18 человек (13%), будут экономить и уменьшат назначенную дозу 9 человек (6%). Возможно, обсуждение с пациентом вопроса о сроке первых эффектов и соответствии цены/качества препаратов при назначении лечения сможет повысить вероятность правильного приема лекарств больными.

Самым неожиданным, со слов больных, для них явился вопрос: «Какую главную цель Вы преследуете в лечении астмы?». На приеме у врача и во время стационарного лечения подобная тема не поднималась. В связи с этим ответы оказались спонтанными и

индивидуальными. Почти одинаковое количество больных бронхиальной астмой указали в качестве цели терапии: «жить полноценной жизнью, невзирая на болезнь» (34 человека, 24%), «забыть о своей астме» (33 человека, 23%), «полностью избавиться от астмы» (32 человека, 23%) и «нормально выполнять свои обязанности» (31 человек, 22%). «Не допустить приступов удушья» планировали больные с контролируемой бронхиальной астмы (11 случаев, 8%).

Свое умение пользоваться индивидуальным ингалятором чаще всего больные оценивали как «хорошее» (88 случаев, 62%), «отличное» (27 человек, 19%), «удовлетворительное» (17 человек, 12%) и «плохое» (9 больных, 6%). В качестве основных неудобств применения индивидуальных ингаляторов, которые мешают ими пользоваться в необходимом режиме, больные указывали: «ингалятор привлекает внимание окружающих» (27 ответов, 19%), «ингалятор трудно достать» (26 ответов, 18%), «ингалятор слишком дорогой» (19 ответов, 13%), «у ингалятора неприятный вкус (запах)» (19 ответов, 13%), «после ингаляции часто возникает кашель» (12 ответов, 8%), «слишком сложно пользоваться ингалятором» (9 ответов, 6%), «ингалятор неудобно носить с собой» (9 ответов, 6%). То есть у больных есть претензии к качеству, доступности и технологии применения ингаляторов, которые могут препятствовать исполнительному их использованию. При проверке правильности маневра ингаляции у 40 больных (28%) были выявлены технические погрешности (вдох опережал нажатие на ингалятор, отсутствие задержки дыхания после вдоха).

Важным методом самоконтроля при бронхиальной астме является измерение пиковой скорости выдоха при помощи пикфлоуметра с ведением дневника самоконтроля. С пикфлоуметром были знакомы и периодически использовали его только 27 больных (19%), но делали это преимущественно в стационаре и на занятиях в астма-школе. Дома пикфлоуметрию изредка («когда вспоминаю о нем») проводили 7 пациентов (5%). Остальная часть выборки не

пользовалась пикфлоуметром, так как «никто не рекомендовал» (44 больных, 31%), «в этом нет необходимости» (17 человек, 12%) и «не могут себе позволить его купить» (9 человек, 6%). Полученная информация указывает на то, что обследуемые больные не осуществляют должного мониторинга дыхательной функции и действия препаратов на бронхи. Не вполне понятно, почему так происходит при гарантированном информировании о важности пикфлоуметрии на занятиях астма-школы. Врачи стационара также уверяли, что неоднократно напоминали своим пациентам о данной процедуре и даже некоторым больным безвозмездно выдавали пикфлоуметры.

По поводу удовлетворения лечением астмы (на момент заполнения опросника) 93 больных (66%) ответили: «в общем, доволен». На вопрос об удовлетворении лечащим врачом в стационаре все больные ответили: «полностью доволен». В целом больные достаточно часто доверялись решениям и компетенции врачей: «для меня не имеет значения, какие лекарства мне назначил врач, лишь бы они помогали», «для меня не имеет значения, какой врач меня лечит, лишь бы он помог», «все лекарства от астмы, назначенные мне врачом, эффективны» (87 случаев, 62%). Только 7 больных (5%) отметили утверждение: «Я многое не понимаю из того, что мне рекомендует врач». Практически все больные не беспокоят врача, когда хорошо себя чувствуют (138 человек, 98%). Усилия врачей по лечению астмы больные чаще оценивали как «хорошие» (в 63 случаях, 45%) и «отличные» (61 случай, 43%). 9 больных (6%) посчитали усилия медиков «удовлетворительными» и 8 человек (6%) никак не оценили старания врачей. Собственные же усилия по лечению астмы больные оценивали как «удовлетворительные» в 49% случаев (69 человек), «хорошие» – в 38% (53 больных) и «отличные» – в 13% (19 пациентов). Отношения с лечащими врачами у осведомленных больных хорошие, но не стойкие и недостаточно доверительные, формальные. Передавая ответственность за успешность лечения на врача и препараты, больные имели свое

представление о приеме лекарств, изменении дозировок и способов приема, поведении при обострении, которое негативно сказывалось на возможности достижения контроля заболевания. В беседе часть пациентов признавались, что сомневаются в профессиональной компетентности своих лечащих врачей. Чаще такое мнение формировалось в связи с молодым возрастом доктора или со скухими объяснениями ими своих назначений («всем назначают одно и то же») и недостаточным вниманием со стороны доктора. 57 больных бронхиальной астмой (40%) высказывали сомнение в продолжительности эффектов назначенного лечения, связывая это с трудностью получения препаратов в аптеках и их высокой ценой. Практически все больные группы признавались, что время от времени ненамеренно допускали погрешности в режиме лечения (пропускали или смещали во времени прием дозы препарата, уменьшали или увеличивали дозировку, принимали не назначенные лекарственные средства).

По результатам заполнения IV части опросника ОКБА 107 больных (76%) имели негативную кооперативность, то есть полностью или частично не соблюдали врачебные рекомендации [165]. Из них 9% (10 человек) имели персистирующую легкую бронхиальную астму, 65% (70 человек) – персистирующую бронхиальную астму средней степени и 25% (27 человек) – персистирующую тяжелую бронхиальную астму. 34 больных (24%) с позитивной кооперативностью имели практически поровну персистирующую легкую и персистирующую средней степени тяжести бронхиальную астму (18 и 16 человек, соответственно). Все пациенты имели высокую потребность в безопасности (средний индекс ПБ равнялся $87,6 \pm 6,3\%$). Больные с негативной кооперативностью значимо отличались низкими средними значениями ОИК ($47,2 \pm 6,3\%$ против $82,4 \pm 8,3\%$, $p=0,03$). Кроме того, ОИК обратно коррелировал со степенью тяжести астмы ($R=-0,68$) и стажем заболевания ($R=-0,54$). То есть, с нарастанием степени выраженности заболевания и его длительности снижается степень

кооперативности больных бронхиальной астмой. Различия касались также более высокого уровня образования и наличия занятости у больных бронхиальной астмой с позитивной кооперативностью (97% против 86%).

Таким образом, больные бронхиальной астмой стараются произвести более благоприятное впечатление на исследователя при самозаполнении опросников и преувеличивают степень своей кооперативности. Более объективным способом оценки кооперативности больных бронхиальной астмой явился метод интервью по форме Б III части и результаты IV части опросника ОКБА. Исходя из результатов опросника, у осведомленных о болезни больных оказались низкими ОИК ($58,1 \pm 7,3\%$) и ОО ($35,8 \pm 3,3\%$). Выяснено, что больные, осведомленные о своем заболевании, первоначально относились к бронхиальной астме, как к опасному для их жизни состоянию, но со временем, получая больше информации, рационально перерабатывали страхи и относились спокойнее, что отразилось на недостаточном осознании опасности. Кроме того, 76% больных имели негативную кооперативность, обратно коррелирующую со степенью тяжести астмы и длительностью заболевания, а также напрямую связанную с уровнем образования и занятостью больных. Более низкие значения средних рейтингов ОИК и низкая приверженность больных противоастматической терапии свидетельствуют об их низкой базовой кооперативности.

Учитывая низкие показатели уровня кооперативности и ее компонентов, а также высокий процент негативной кооперативности, уменьшающие шансы достижения контроля бронхиальной астмы, практически важным является поиск способов повышения данной характеристики больных.

Взаимосвязь между психологическими особенностями личности больных и уровнем контроля бронхиальной астмы

Исследование уровня контроля бронхиальной астмы у осведомленных о своем заболевании больных бронхиальной астмой

Бронхиальная астма относится к широко распространенным хроническим заболеваниям, приводящим при отсутствии адекватного лечения к значительному ухудшению качества жизни и даже к летальному исходу. Хорошо контролируемая бронхиальная астма уменьшает бремя хронической патологии для пациентов и для системы здравоохранения. Контроль бронхиальной астмы означает минимум симптомов и отсутствие обострений – для пациентов, удовлетворительные результаты клинико-инструментального обследования – для врачей. Контроль обычно определяется тяжестью симптомов и эффективной профилактикой обострений, измеряется с помощью простых исследований, таких как пикфлоуметрия. На сегодня в арсенале пульмонолога достаточно современных средств, позволяющих контролировать течение бронхиальной астмы. Современные руководства утверждают, что большинство пациентов с бронхиальной астмой могут достигать полного контроля болезни и вести нормальный образ жизни, который не ограничивают ни симптомы бронхиальной астмы, ни побочные эффекты терапии [269]. Тем не менее, многие пациенты по-прежнему обращаются к врачу с обострением заболевания. В реальной практике большое количество больных бронхиальной астмой не достигает полного контроля заболевания, несмотря на оптимально разработанные схемы лечения на разных этапах течения болезни [203]. Есть ряд причин, способствующих этому. Отсутствие приверженности пациентов терапии – одна из них.

В данном исследовании предпринят поиск факторов психологического порядка, влияющих на достижение контроля бронхиальной астмы. В связи с тем, что неосведомленные о своем

заболевании пациенты до поступления в стационар не имели навыков управления своей симптоматикой, зависимость контроля бронхиальной астмы от психологических факторов исследовалась у больных, осведомленных о патогенезе заболевания, прогнозе, тактике поведения при ухудшении состояния, принимавших ранее ИГКС (группа А, 141 человек, 73% выборки).

Уровень контроля, заболевания оценивался как субъективным (уровень контроля над симптомами бронхиальной астмы), так и объективным (показатели функции внешнего дыхания по данным спирографии и бронходилатационных проб) способами. Для удобства и количественного измерения уровня контроля бронхиальной астмы использовались валидные опросники АСТ (Asthma Control Test) и АСQ-5 (Asthma Control Questionnaire) [86, 269]. Данные опросники не являются самостоятельным инструментом, их рекомендуют применять дополнительно к критериям, изложенным в GINA [56]. Основываясь на рекомендации ведущих национальных пульмонологических институтов и согласно результатам собственного исследования, в дальнейшем комплексно оценивались результаты опросников по контролю симптомов астмы, показатели функции внешнего дыхания, потребность в β_2 -агонистах короткого действия, наличие ночных симптомов, количество приступов бронхиальной астмы за последнюю неделю перед поступлением; оценивался показатель индекса массы тела (ИМТ) и индекса курящего человека (ИКЧ) (критерии GINA) [145]. Полученные результаты измерений функции внешнего дыхания выражались в процентном отношении к должным величинам с учетом возраста, роста и пола пациента.

Выяснилось, что имеются различия в отражении контроля над заболеванием между результатами опросников и клинико-функциональными показателями. На опросники АСТ и АСQ-5 пациенты отвечали самостоятельно и оценивали свое состояние субъективно. Оказалось, что хороший контроль бронхиальной астмы (менее 0,75 баллов АСQ-5 и больше 25 баллов АСТ) имели 28 и 3

пациентов соответственно (14% и 2% всей выборки), частичный контроль (0,75-1,5 баллов АСQ-5 и 20-24 баллов АСТ) – 3 и 23 больных (2% и 12%, соответственно), остальные 162 и 167 больных (84% и 86%) набрали больше 1,5 баллов в АСQ-5 и меньше 19 баллов по АСТ (неконтролируемая бронхиальная астма). В связи с тем, что пациенты поступали в стационар не только по причине ухудшения состояния, а еще вызывались в клинику для проведения исследования, возникают сомнения по поводу низкой степени контролируемости бронхиальной астмы в исследуемой выборке. Кроме того, функциональные исследования имели другую картину: 72 больных (37%) выявили ОФВ₁ более 80% от должного (признак контроля бронхиальной астмы по GINA), из них у 48 человек (26%) – ОФВ₁ был более 100% (очень хороший контроль симптомов). Опрос больных показал, что они не всегда правильно понимают суть вопросов опросников, стараются усугубить проявления заболевания неосознанно или намеренно, им кажется, что они испытывают одышку и дискомфорт в грудной клетке, описывают чувство неловкости в связи с хорошим самочувствием. Содержание вопросов информативно в отношении клинических проявлений, но варианты ответов неопределенные, имеющие индивидуальную характеристику (не определено, что значит: «редко», «несколько раз», «много раз», «очень много раз», «слабые симптомы», «одышка небольшая, умеренная», «значительную часть времени» и т.д.). Вопрос в АСТ: «Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор?» в некоторых случаях вводит в заблуждение, в связи с назначением некоторым больным систематически β_2 -агонистов короткого действия (а не по требованию). Наиболее точно описали свое состояние пациенты, длительно болеющие бронхиальной астмой, хорошо дифференцирующие свои ощущения и ведущие дневник самонаблюдения (34 человека, 18%).

Примечательно также, что расхождение между результатами опросников по контролю бронхиальной астмы могут быть связаны с

различным временным интервалом оценки состояния (недельный период в АСQ-5 и месячный интервал – в АСТ) [63]. Предыдущие исследования указывают, что наибольшую корреляцию с клиническими признаками управляемости симптомов бронхиальной астмы имеет АСQ-5 [1, 10, 58, 316]. Выявленные особенности диктуют необходимость дополнительных объективных критериев оценки состояния больных. Поэтому степень контролируемости бронхиальной астмы определялась комплексно, с использованием данных ОФВ₁, результатов проб с бронходилататорами и показателей опросников.

Кластерный анализ наблюдений (объединение Пирсона) и односторонний ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса (Kruskal-Wallis one-way analysis of variance) показали, что больные с частично контролируемой бронхиальной астмой идентичны по большинству основных показателей с больными с неконтролируемой бронхиальной астмой. Поэтому с учетом выявленного уровня контроля бронхиальной астмы больные группы А были разделены на две группы.

Первая группа имела контролируемую бронхиальную астму и характеризовалась следующими критериями: отсутствие дневных и ночных симптомов, ограничений активности, потребности в препаратах неотложной помощи, нормальная функция внешнего дыхания (>80%), менее 0,75 баллов по тесту АСQ-5 и больше 25 баллов по тесту АСТ. Группу составили 36 человек (25% от группы А). Из них 19% (7 человек) имели легкое течение бронхиальной астмы и 81% (29 человек) – среднетяжелое течение заболевания. 89% данной группы составили женщины.

Вторая группа была образована пациентами с неконтролируемой бронхиальной астмой, которая характеризовалась отсутствием возможности управлять астматической симптоматикой, частыми приступами одышки, кашля, в том числе, в ночное время, потребностью в быстродействующих ингаляционных препаратах, низкими показателями вентиляционной функции легких, более 0,75

баллов по тесту АСQ-5 и менее 25 баллов по тесту АСТ. В данную группу вошли 105 человек (75% группы А) больных бронхиальной астмой. В том числе: 20% (21 человек) с легкой, 55% (58 человек) со среднетяжелой и 25% (26 человек) с тяжелой бронхиальной астмой. По гендерному признаку в данной группе большинство составили женщины (67%).

Изучение вентиляционной функции легких показало, что у пациентов 1-й группы регистрировался наивысший ОФВ₁ по сравнению с неконтролируемой бронхиальной астмой ($p < 0,001$). В табл. 10 отражены средние значения показателей функции внешнего дыхания в исследуемых группах.

Таблица 10

**Показатели функции внешнего дыхания в зависимости от контроля
бронхиальной астмы**

(средние показатели % к должной величине)

($M \pm m$, ANOVA, Newman-Keuls test)

Показатель	1 группа (n=36)	2 группа (n=105)
ОФВ ₁	114,49±2,65	66,82±2,07*
ЖЕЛ	116,56±2,59	85,77±2,19*
ИТ	98,18±1,12	75,65±1,58*
МОС ₅₀	86,14±3,42	39,81±4,96*
МОС ₇₅	75,78±4,86	31,11±1,99*
ПОС	110,74±2,97	70,77±2,56*

*Примечание здесь и далее: 1 группа – больные с контролируемой астмой; 2 группа – больные с неконтролируемой астмой; * – статистически значимые различия среднего с 1 группой $p < 0,001$.*

С целью поиска психологических составляющих, влияющих на формирование контроля бронхиальной астмы, в обследуемой выборке комплексно определялись особенности личностных качеств, внутренней картины болезни.

Исследование кооперативности больных в зависимости от степени контроля бронхиальной астмы

В связи с тем, что кооперативность больных является одним из самых важных факторов, определяющих степень контроля бронхиальной астмы, был произведен анализ компонентов и типа кооперативности в зависимости от уровня контроля бронхиальной астмы.

При сравнении показателей опросника ОКБА методом ANOVA (Newman-Keuls test), больные второй группы имели более низкие значения ОИК ($62,1 \pm 4,5\%$ против $86,3 \pm 2,6\%$ $p=0,042$), ОО ($30,7 \pm 2,1\%$ против $37,4 \pm 1,1\%$, $p=0,049$). Это означает, что недостижение контроля бронхиальной астмы связано с низкой степенью готовности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме и неосознанием опасности астмы для здоровья и жизни. Средние значения ПБ оказались достаточно высокими и идентичными ($82,2 \pm 6,0\%$ против $92,6 \pm 4,4\%$, $p=0,11$). По данным некоторых исследователей, потребность в безопасности (желание выздороветь) заставляет человека искать пути ее реализации, которые напрямую зависят от информированности и доступности медицинской помощи [79].

Кроме того, 98 человек второй группы (93%) имели негативную кооперативность (против 9 человек, 25% первой группы), то есть большинство неконтролирующих бронхиальную астму больных не выполняли врачебные рекомендации и назначения ($\chi^2=68,41$, $p<0,001$).

Взаимосвязь профиля личности больных и степени контроля бронхиальной астмы

Усредненные профили личности всей группы А обследованных (141 человек) по результатам методики СМИЛ характеризовались ранее выявленными у больных бронхиальной астмой пиками по 1-й (Ns), 4-й (Pd) и 8-й (Sc) шкалам [20, 25, 26]. Это означает, что

большинство больных бронхиальной астмой склонны к ипохондрическим тенденциям, которые заставляют обращаться за помощью к врачам. Реакции на дискомфорт в окружении могут носить характер социально приемлемой агрессии и враждебности с использованием соматических жалоб для манипулирования окружающими (врачами, родственниками). Такие личности имеют тенденцию к уходу из окружающей среды во внутренний мир и соблюдению «психической дистанции» между собой и окружением. Им могут быть свойственны скрываемые внутри неудовлетворенность и ранимость, своеобразие восприятия и логики, трудности в коммуникации с окружающими, отчужденность, затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира [22, 24].

При сравнении средних значений результатов СМИЛ в группе больных с контролируемым и неконтролируемым течением бронхиальной астмы статистически значимые различия по шкалам установлены только по шкалам 2 (De) и 7 (Pt) ($p < 0,05$).

Вместе с тем, обнаруживалась и другие особенности профилей (рис. 2, табл. 11). Усредненный личностный профиль больных первой группы характеризовался пиками по 1-й (Hs), 4-5-й (Pd – MF) и 9-й (Ma) шкалам (код профиля: 1'9845–3206/7:). Такие же пики по 1-й шкале имели 24 больных группы (67%), по 4-й шкале – 21 человек (58%) и по 9-й шкале 19 человек (53%). Это значит, что большинство представителей данной группы склонны к ипохондрическим тенденциям, тревожности за состояние своего физического здоровья и отмечают высокую значимость для них соматических ощущений при нежелании жаловаться на очевидную патологию. Такая озабоченность своим самочувствием заставляет больных как можно скорее обращаться за помощью к врачам, предъявлять развернутые жалобы, сотрудничать с медицинскими работниками, исправно выполнять рекомендации (1-я шкала, Hs).

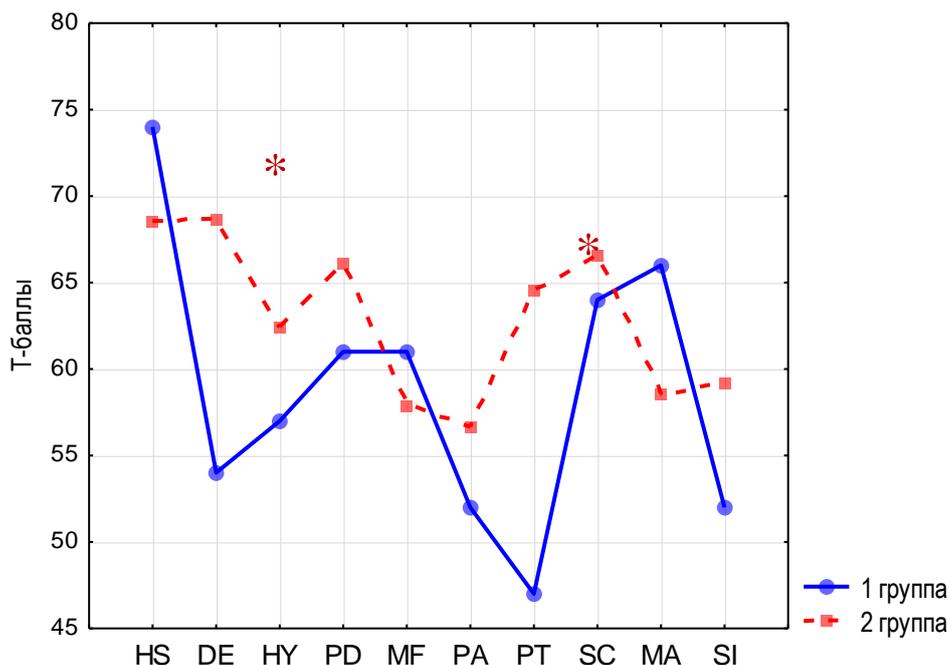


Рис. 2. Усредненный профиль личности (СМИЛ) по группам (Т-баллы)

*Примечание (здесь и далее): шкалы СМЛ: Hs – сверхконтроля (1 – ипохондрии), De – пессимистичности (2 – депрессии), Hy – эмоциональной лабильности (3 – истерии), Pd – импульсивности (4 – асоциальной психопатии), MF – выраженности мужских и женских черт характера (5), Pa – ригидности (6 – паранойяльности), Pt – тревожности (7 – психастении), Sc – индивидуалистичности (8 – шизоидности), Ma – оптимистичности (9 – гипомании), Si – интроверсии (0 – социальной интроверсии). Данные представлены в Т-баллах. * – статистически значимые различия среднего с 1 группой $p < 0,05$.*

Реакция на дискомфорт в окружении может носить характер социально приемлемой агрессии и враждебности (4-я шкала, Pd). При сочетании пиков на 4-й и 1-й шкалах беспокойство о состоянии своего физического здоровья будет «затушевывать» асоциальные проявления. При этом соматические жалобы могут использоваться для давления на окружающих (врачей, родственников) с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства своим местом в социальной группе (роль больного). Жалобы становятся резистентными до наступления «справедливости».

Показатели усредненных личностных профилей СМЛ (Т-балл \pm m) у больных бронхиальной астмой с различным уровнем контроля
($M\pm m$, ANOVA, Newman-Keuls test)

Шкалы	1 группа (n=36)	2 группа (n=105)
Hs	74,02 \pm 1,56	68,12 \pm 1,99
De	54,23 \pm 1,41	68,75 \pm 2,14*
Hu	57,12 \pm 1,24	62,37 \pm 0,22
Pd	61,05 \pm 1,45	67,12 \pm 4,13
MF	61,08 \pm 1,13	57,5 \pm 2,03
Pa	52,12 \pm 1,54	56,87 \pm 1,62
Pt	47,08 \pm 1,42	64,0 \pm 2,61*
Sc	64,05 \pm 1,61	66,75 \pm 3,44
Ma	66,82 \pm 1,56	58,62 \pm 2,08
Si	52,13 \pm 1,11	59,37 \pm 7,79

5-я шкала (MF) отражает сниженную степень идентификации с традиционной культурной и социальной гендерной ролью. Это значит, что мужчины становятся более эмоциональными, сентиментальными, сговорчивыми, уменьшается доминантность и грубоватость. Женщины с таким профилем становятся более непринужденными и уверенными в себе, их поведение становится более последовательным в соответствии с внутренними мотивами. Пик на 9-й шкале (Ma) демонстрирует оптимистическое отношение в затруднительных ситуациях, общительность, способность к высокой активности, любопытство. Такие личности обычно охотно вступают в контакт, производят на окружающих впечатление людей приятных, веселых, с широкими интересами и энтузиазмом, охотно высказывающих свое мнение и готовых поделиться впечатлением.

Для лиц такого типа характерны эмоциональность, умение испытывать удовольствие от жизни, реалистическое и гибкое мышление, хорошая адаптация к переменам. Они эффективны в деятельности, требующей широких контактов и переключения внимания. Провалы в усредненном графике 1-й группы выявились по шкалам астенического регистра: 7 (Pt), 0 (Si) и 2 (De). Лица с низким уровнем профиля на 7-й шкале (Pt) отличаются решительностью, гибкостью поведения и низким уровнем тревожности. Поэтому для них характерна уверенность при необходимости принимать решения. Снижение уровня профиля на 0-й шкале (Si) отражает стремление к межличностным контактам, эмоциональную отзывчивость, синтонность. Такая же активность, уверенность, общительность, ощущение своей значимости, силы, энергии и бодрости подтверждает снижение профиля на 2-й шкале (De) [19, 159, 160].

Оценка общей конфигурации усредненного профиля личности при неконтролируемой бронхиальной астме выявила пики по 2-й (De) с переходом к 1-й (Hs), 4-й (Pd) и 8-й (Sc) шкалам при относительном снижении значений на 6-й (Pa), 9-й (Ma) и 3-й (Hu) шкалах (код профиля: 218473–0956/). Значения разных шкал выше нормативного коридора вывели 42 человека (40%) второй группы. 30% (32 человека) второй группы имели психопатологический уровень значений 2-й шкалы. Пик на 2-й шкале (De) отражает выраженную тревогу, возникающую как субъективное отражение нарушения психовегетативного равновесия, служит наиболее интимным механизмом психического стресса. Эта шкала касается внутренней напряженности, неуверенности, снижения настроения, пониженной самооценки, пессимистического отношения к перспективам. По данной шкале вторая группа значительно отличалась от первой. При выраженном подъеме профиля на 1-й шкале и пиком на 2-й снижению настроения и затруднениям в социальных контактах сопутствуют раздражительность и тревога за свое здоровье. В соматических жалобах преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих, неудовлетворительная

симбиотическая тенденция. Значимость этих жалоб обычно подчеркивается связью их с жизненно важными функциями (ощущения нехватки воздуха, головная боль, потеря аппетита и сна). Эти характеристики сочетались с пренебрежением к принятым общественным нормам, моральным ценностям, установившимся правилам поведения и обычаям (4-я шкала, Pd). Подъем по 4-й шкале обнаружили 11 человек (10% группы). Данная шкала подразумевает неспособность организовывать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями, что делает поведение таких индивидуумов плохо предсказуемым. С этим же обстоятельством связано их неумение планировать будущие поступки и пренебрежение последствиями своих действий. Недостаточная способность извлекать пользу из опыта приводит их к повторным конфликтам с окружающими.

Пик на 8-й шкале имели 10 человек (9%), что означает у данных личностей тенденцию к уходу из окружающей среды во внутренний мир и соблюдению «психической дистанции» между собой и окружением. Для таких лиц характерны ориентировка на внутренние критерии, снижение способности к пониманию окружающих, своеобразие эмоций и поведения, надменность, эмоциональная холодность. Вместе с тем, им свойственны неудовлетворенность и ранимость, скрываемые внутри. Свообразие восприятия и логики может сопровождаться трудностями в коммуникации с окружающими (вербальной и невербальной), создают впечатление двусмысленности и недостаточной понятности. Дистанцированность, отчужденность приводят к тому, что лица с высоким пиком профиля на 8-й шкале испытывают затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира. В результате они проявляют к окружающим то чрезмерное дружелюбие, то неоправданную враждебность. Те же тенденции к интроверсии, скептицизму и недостаточной спонтанности в социальных контактах, что и подъем по 8-й шкале, отражает снижение значений 3-й шкалы. Сочетание пиков на 8-й и 1-й шкалах указывает на наличие неприятных физических ощущений

(нередко своеобразных) и нетривиальных ригидных идей о состоянии своего физического состояния, стереотипное поведение в отношении здоровья.

Низкие значения по 6-й шкале могут быть связаны с недоверчивостью и осторожностью испытуемых, опасаящихся, что их откровенность может иметь неприятные последствия. Низкий уровень профиля на 9-й шкале отражает недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствие, снижение активности, легко возникающее чувство вины и недостаточную оценку собственных возможностей. Кроме того, пациенты второй группы были более тревожными (7-я шкала, $p < 0,05$) [19, 159, 160].

Корреляционный анализ показателей во 2-й группе выявил значимые положительные связи значений 1-й шкалы с данными 2-й ($R=0,74$), 3-й ($R=0,84$), 7-й ($R=0,69$) и 8-й ($R=0,69$) шкал. Это может означать, что ипохондрические тенденции связаны с гипотимией, эмоциональной лабильностью, тревожностью и своеобразием мышления. Обнаруженные положительные корреляции значений 2-й шкалы с данными шкал 1-й ($R=0,74$), 3-й ($R=0,70$) и 5-й ($R=0,74$) указывают на тесные связи сниженного настроения у данных больных с нарастанием эмоциональной неустойчивости и женским полом.

Нарастающие асоциальные тенденции у лиц второй группы видимо смягчаются в связи с положительной связью 4-й шкалы с 7-й ($R=0,66$) и 0-й ($R=0,76$) шкалами (тревожность и общительность). Растущие значения 7-й шкалы (тревожность) усиливаются индивидуалистичностью (8-я шкала, $R=0,57$).

Таким образом, усредненные личностные профили больных обеих групп характеризовались пиками в профиле личности по 1-й (Hs), 4-й (Pd) и 8-й (Sc) шкалам. Не контролирующая бронхиальную астму больные отличались более высокими уровнями депрессии и тревоги (2-я и 7-я шкалы), коррелирующими с выявленными пиковыми шкалами.

Взаимосвязь показателей TAS больных и степени контроля бронхиальной астмы

При анализе результатов TAS были выявлены статистически значимые различия средних значений между рассматриваемыми группами (ANOVA (Newman-Keuls test, $p < 0,05$). В группе больных с контролируемой бронхиальной астмой средние значения находились в диапазоне $59,77 \pm 2,57$ баллов, а в группе с неконтролируемой бронхиальной астмой – $66,1 \pm 2,09$ баллов. В первой группе 18 человек (50%) были «неалекситимического» типа личности (до 62 баллов по тесту), и 18 человек находились в «переходной зоне». Весьма примечательно, что в этой группе не оказалось ни одного больного с алекситимией.

Во второй группе алекситимия была выявлена у 30 человек (29%), отсутствие алекситимии – у 43 человек (41%), в «переходной зоне» – 32 человек (30%). Данные значений TAS отрицательно коррелировали с показателями ОИК и ПБ опросника ОКБА ($R = -0,57$ и $R = -0,33$, соответственно). То есть, наличие алекситимии приводит к снижению потребности в безопасности и слабой готовности выполнения рекомендаций врачей по лечению бронхиальной астмы и изменению образа жизни.

Данное предположение подтверждалось выявленной значимой корреляцией между показателями TAS и 0-й шкалой СМИЛ ($R = 0,56$), то есть алекситимия оказалась тесно связана с интравертированностью личности и затруднениями в межличностных контактах у больных, не контролирующей бронхиальную астму.

Таким образом, треть больных с неконтролируемой бронхиальной астмой имела алекситимию, то есть сложности в дифференцировке своих чувств и ощущений, затруднения в межличностных контактах, склонность к психосоматическим заболеваниям. С этим же связана их неготовность к выполнению врачебных рекомендаций в полном объеме.

Взаимосвязь внутренней картины болезни и степени контроля бронхиальной астмы

Для успешного лечения рекомендуется пристально изучать особенности отражения болезни в психике больного человека, в его «внутренней картине болезни», что и обозначается понятием «отношение к болезни» [101].

Изучение типов отношения к болезни с использованием теста ТОБОЛ показало, что в первой группе только у 3 пациентов (8%) диагностировался гармоничный (адекватный) тип отношения к болезни и лечению. В целом в группе отмечалось преобладание смешанных вариантов внутренней картины болезни. Среди них чаще остальных наблюдались анозогностический (14 человек, 39%) и эргопатический (выявлен у 13 человек, 36%) типы психологического реагирования на болезнь и лечение. У 5 больных (14%) выявлялся сенситивный тип отношения к болезни (рис. 3).

Для анозогностического типа, который встречался достоверно чаще в первой группе ($\chi^2=5,13$, $p=0,02$) характерно активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Наблюдаются отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» нарушений или случайных колебаний самочувствия. Анозогностия может отражать внутреннее неприятие статуса больного. С другой стороны, за этим может стоять заблуждение человека о значимости признаков болезни.

При эргопатическом типе отмечается сверхответственное отношение к работе, которое иногда выражено даже в большей степени, чем до болезни, «уход от болезни в работу». Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами.

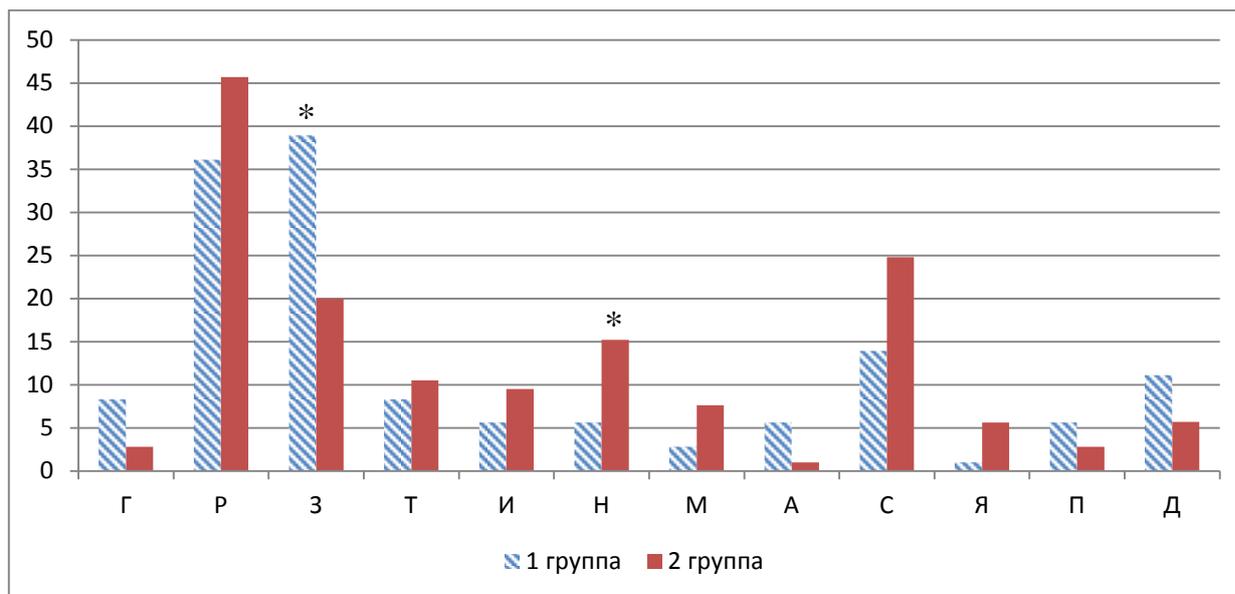


Рис. 3. Диагностические коэффициенты типов отношения к болезни (ТОБОЛ) по группам (в %)

*Примечание: Г – гармоничный, Р – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, Н – неврастенический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический типы отношения к болезни. * – статистически значимые различия между 1 и 2 группами $p < 0,05$.*

В большинстве случаев во второй группе также диагностировался смешанный тип отношения к болезни с преимущественным представлением эргопатического (у 48 человек, 46% испытуемых), сенситивного (26 человек, 25%), анозогнозического (21 человек, 20%) и неврастенического (16 человек, 15%). Значимо чаще, чем в первой группе выявлялся неврастенический тип отношения к болезни ($\chi^2=3,93$, $p=0,04$), который подразумевает поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем –

критическое отношение к своим поступкам и необдуманым словам, просьбы о прощении.

Анализ типологии отношения к болезни и лечению у больных бронхиальной астмой, имеющих опыт применения иГКС, показал, что преобладали типы первого (адаптивного) блока (61%, $\chi^2=3,23$, $p=0,07$), значимо чаще – в первой группе ($\chi^2=3,74$, $p=0,05$). Адаптивное отношение к болезни и лечению играет роль оптимизатора, определяющего поведение, которое направлено на преодоление болезни. В целом, не было значимых различий по блокам ТОБОЛ между группами (табл. 12).

Таблица 12

Типология отношений к болезни у больных бронхиальной астмой (ТОБОЛ)

(абсолютная и относительная частота)

Блоки типов отношения к болезни	1 группа (n=36)	2 группа (n=105)	χ^2	p
I блок	26 (72,2%)	60 (57,2%)	2,56	0,11
II блок	4 (11,1%)	14 (13,3%)	0,12	0,73
III блок	6 (16,7%)	31 (29,5%)	2,9	0,13

Корреляционный анализ показателей второй группы выявил некоторые значимые связи блоков ТОБОЛ со значениями TAS (R=0,31), 2-й (R=0,51), 4-й (R=0,50) и 0-й (R=0,67) шкал методики СМЛЛ. То есть, с нарастанием алекситимии, депрессии, враждебности и неразборчивости в контактах увеличивается вероятность дезадаптивного отношения к болезни. Эти особенности также могут препятствовать адекватному участию больного в терапевтическом процессе и недостижению контроля бронхиальной астмы. При низком контроле бронхиальной астмы зачастую обнаруживается недостаточный учет восприятия больными своей болезни [172]. По данным наблюдений, дезадаптивные типы

отношения к болезни носят неадекватный характер, препятствует эффективному лечению, профилактике, реабилитации [92, 147]. Пациент склонен не доверять медицинским данным, он анализирует ситуацию с учетом собственных и переданных значимым окружением представлений и убеждений.

Таким образом, больные неконтролируемой бронхиальной астмой отличались наличием дезадаптивных способов реагирования на заболевание в виде неврастенического типа, вероятность которых увеличивалась с нарастанием алекситимии, депрессии, враждебности и неразборчивости в контактах. Понимание типа реагирования больного бронхиальной астмой на заболевание поможет сделать взаимодействие врача и пациента более эффективным, направленным на преодоление недооценки заболевания, на совладание (копинг) с болезнью и ориентацию на самочувствие пациента.

Взаимосвязь уровня депрессии и степени контроля бронхиальной астмы

Средняя величина показателя шкалы депрессии (CES-D) в обеих группах больных была однородной и свидетельствовала об отсутствии выраженной депрессивной симптоматики у данных больных бронхиальной астмой. Однако, в первой группе чаще диагностировалась норма по данному тесту ($\chi^2=10,18$, $p<0,01$) (табл. 13). Четыре человека второй группы, выявившие тяжелую депрессию по тесту, обнаруживали накопление в последнее время различного рода ситуаций утрат, тяжелых болезней у них и у родственников, стрессовую обстановку дома и/или на работе, серьезные финансовые проблемы. У одной пациентки имелось заболевание вирусным гепатитом С с печеночными проявлениями (печеночная интоксикация вызывает развитие депрессивной симптоматики).

Корреляционный анализ выявил значимые связи показателей шкалы CES-D с другими данными у больных второй группы. Обнаруженная прямая корреляция с результатами TAS ($R=0,44$) указывает на зависимость уровня депрессии от алекситимии. Кроме

того, нарастание степени гипотимии увеличивает вероятность дезадаптивного типа отношения к болезни, выявляемого по методике ТОБОЛ ($R=0,36$). Степень приверженности к лечению обратно коррелировала с уровнем депрессии по тесту CES-D ($R=-0,54$).

Таблица 13

**Структура значений шкалы депрессии (CES-D) у больных
бронхиальной астмой
(абсолютная и относительная частота)**

	1 группа (n=36)	2 группа (n=105)	χ^2	p
Норма (0-17 баллов)	32 (88,9%)	63 (60%)	10,18	0,001
Легкая депрессия (18-26 баллов)	4 (11,1%)	38 (36,2%)	8,06	0,004
Депрессия средней тяжести (27-30 баллов)	–	–	–	–
Тяжелая депрессия (31 балл и выше)	–	4 (3,8%)	1,41	0,23
Усредненные значения шкалы	11,5±3,05	15,13±1,15		0,36

Таким образом, отсутствие депрессии более характерно для контролирующих бронхиальную астму больных, а тяжелая депрессивная симптоматика обнаруживалась только у пациентов с неконтролируемым течением заболевания. При недостижении контроля бронхиальной астмы имеется тенденция к гипотимии, связанная с алекситимией и низкой кооперативностью больных.

Взаимосвязь выраженности психопатологической симптоматики и степени контроля бронхиальной астмы

В настоящее время бронхиальная астма рассматривается как гетерогенное заболевание, при котором наблюдаются, в том числе, психоневрологические нарушения, и проявляется тесное взаимодействие соматических и психических факторов. Большинство врачей-интернистов замечают психическую симптоматику у соматических больных, признают ее негативное влияние на течение заболевания. Однако пограничные психические расстройства являются сложными для диагностики без соответствующего специального образования. Кроме того, психические феномены сложно поддаются измерению. Психопатологические симптомы утяжеляют приступы, значительно влияют на контроль астмы, снижают социальную адаптацию, качество жизни, комплаенс и затрудняют управление течением бронхиальной астмы [99]. Недостаточное внимание к данным факторам приводит к снижению эффективности лечения. В современной практической медицине необходимо одновременное исследование соматических и психических составляющих болезни.

В научных исследованиях акцент обычно делается на степени проявленности (интенсивности, тяжести, выраженности и т.д.) симптомов. В данном исследовании использовался тест-опросник выраженности психопатологической симптоматики Л. Дерогатиса – SCL-90-R.

Усредненные значения по данному тесту не выявили статистически значимых различий между исследуемыми группами и имели самые высокие значения на шкале SOM (рис. 4). В целом, в обеих группах с разной частотой встречались индексы шкал на уровне психопатологической симптоматики (выше нормативов, установленных авторами методики) (табл. 14). Примечательно, что 89% больных второй группы имели патологический уровень соматизации (SOM). Чаще, чем в первой группе, представители

второй группы также выявляли патологические обсессивно-компульсивные (О-С), фобические (PHOB), агрессивные (HOS), паранойяльные тенденции (PAR) и межличностную сензитивность (INT).

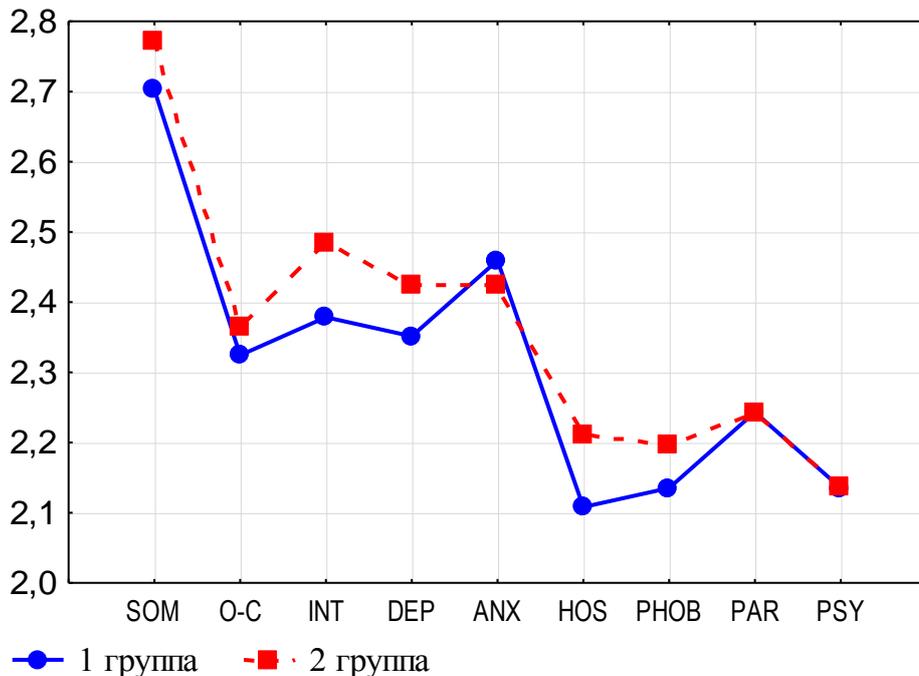


Рис. 4. Усредненный профиль выраженности психопатологической симптоматики по тесту SCL-90-R по группам

Примечание: шкалы SCL-90-R: SOM – соматизация (Somatization), O-C – обсессивность-компульсивность – (Obsessive-Compulsive), INT – межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity), DEP – депрессия (Depression), ANX – тревожность (Anxiety), HOS – враждебность (Hostility), PHOB – фобическая тревожность (Phobic Anxiety), PAR – паранойяльные тенденции (Paranoid Ideation), PSY – психотизм (Psychoticism).

Корреляционный анализ выявил множество значимых связей показателей опросника SCL-90-R с другими полученными данными (табл. 15).

Таблица 14

**Структура психопатологической симптоматики по тесту SCL-90-R
у больных в зависимости от контролируемости бронхиальной астмы**

Шкалы	I группа (n=36)	II группа (n=105)	χ^2	p
SOM	18 (50%)	94 (89,5%)	35,88	<0,001
O-C	3 (8,3%)	39 (37,1%)	24,11	<0,001
INT	11 (30,6%)	56 (53,3%)	9,93	0,006
DEP	14 (38,9%)	50 (47,6%)	1,65	0,19
ANX	18 (50%)	60 (57,1%)	0,98	0,32
HOS	7 (19,4%)	37 (35,2%)	6,49	0,01
PHOB	4 (11,1%)	47 (44,8%)	28,6	<0,001
PAR	10 (27,7%)	55 (52,4%)	12	0,005
PSY	3 (8,3%)	42 (40%)	28,07	<0,001

Таблица 15

**Матрица корреляции между показателями выраженности симптоматики
по тесту SCL-90-R и психологических тестов у больных
неконтролирующих бронхиальную астму
(Spearman's rank correlation coefficient – R)**

Шкалы	Блоки ТООБЛ	Показатели TAS	Показатели CES-D
SOM	0,23*	0,63*	0,26*
O-C	0,31*	0,56*	0,38*
INT	0,33*	0,46*	0,58*
DEP	-0,02	0,53*	0,46*
ANX	0,33*	0,56*	0,43*
HOS	0,27*	1,50*	0,37*
PHOB	0,32*	0,46*	0,35*
PAR	1,19	0,31*	0,28*
PSY	0,46*	0,32	0,43*

Примечание: * – корреляции с уровнем значимости $p < 0,05$

Практически все психопатологические расстройства (за исключением депрессивных и параноидных) оказались связанными с дезадаптивными типами реагирования на болезнь, нарушающими нормальное функционирование больных данной группы. Наличие алекситимии повышает вероятность развития всего спектра невротических нарушений (кроме психотических). Все шкалы опросника SCL-90-R коррелировали с показателями шкалы CES-D и друг с другом (уровень значимости $p < 0,05$), что указывает на взаимное потенцирование различных психопатологических расстройств. Более выраженные тревожно-депрессивные состояния обычно выявляются у больных с тяжелым течением бронхиальной астмы [14, 64, 74]. Шкала SOM была напрямую связана с возрастом респондентов ($R=0,23$), что также подтверждалось увеличением сопутствующей соматической патологии с возрастом. Шкала ANX обратно зависела от пола, то есть тревожность усиливалась у женщин ($R=-0,29$). Повышения значений шкал O-C, NOS и DEP оказались связанными с длительностью заболевания ($R=0,34$, $R=0,24$, $R=0,24$, соответственно). В этой связи можно предположить, что с течением времени, находясь в постоянном контакте с симптомами, у больных, не контролируемых бронхиальную астму, усиливаются навязчивости, раздражительность и пессимистические явления.

Таким образом, по результатам шкалы SCL-90-R для больных, не контролируемых бронхиальную астму, характерна большая частота психопатологической симптоматики в виде соматизации, навязчивостей, агрессивности, страхов, подозрительности, внутренняя напряженности, межличностной сензитивности.

В целом, в зависимости от степени контролируемости бронхиальной астмы выявлены отличия психологических характеристик больных. Особенностью психологического статуса больных, не контролируемых бронхиальную астму (74% выборки), является наличие тревоги, депрессии, алекситимии, дезадаптивных, преимущественно неврастенического, типов отношения к болезни, выраженные психопатологические расстройства в виде соматизации,

обсессий, агрессивности, страхов, подозрительности и интерперсональной сенситивности. Выявленные характеристики обусловили более низкие ОИК ($62,1 \pm 4,5\%$) и ОО ($30,7 \pm 2,1\%$), а также негативную кооперативность у 93% пациентов группы.

Контролирующие бронхиальную астму больные отличались адаптивными анозогнозическим и эргопатическим типом внутренней картины болезни, более оптимистичным настроением, отсутствием алекситимии, большими значениями показателей кооперативности (ОИК – $86,3 \pm 2,6\%$, ОО – $37,4 \pm 1,1\%$, 75% выборки имели позитивную кооперативность).

ГЛАВА 3

**ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ПОМОЩИ ПОВЫШЕНИЯ
ОСВЕДОМЛЕННОСТИ БОЛЬНЫХ****Информирование больных о заболевании**

Важным этапом в лечебном процессе является активное включение в него пациента. Классически это достигается назначениями и врачебными рекомендациями (препаратов, процедур, диеты, режима, образа жизни, контроля физиологических параметров). Назначения могут иметь различные формы, в том числе, пассивное выполнение пошаговых алгоритмов [153]. В стационаре данный процесс осуществляет и контролирует средний медицинский персонал. Амбулаторно это является областью ответственности самого пациента. Для достижения максимального выполнения рекомендаций пациент полностью информируется по их поводу [118]. На практике информирование имеет следующие условные формы (по убыванию частоты использования):

1. Стандартное информирование. Врач перечисляет препараты, их аналоги, дозировки, кратность приема, условия приема, основные лечебные и побочные эффекты лекарств, необходимые мероприятия, действия при осложнениях и угрожающих жизни состояниях, срок следующего визита. Врач рассчитывает на полное доверие и разумную оценку пациентом своего самочувствия. От больного требуется усвоить полученную информацию, выполнить врачебные рекомендации и отчитаться в динамике самочувствия за отведенный период времени. Врач занимает директивную позицию и полностью берет на себя ответственность за результат лечения.

2. Формальное информирование. Больному выдается список назначений, подготовленный заранее или во время приема, без дополнительных разъяснений и уточнений. Врач рассчитывает на то, что больной ему верит и будет выполнять все его назначения

беспрекословно. В большинстве случаев больные чувствуют себя невежественными в медицинских вопросах и нуждаются в посторонней квалифицированной помощи. Но при описанном варианте предъявлении назначений пациент испытывает растерянность, отсутствие к нему интереса со стороны врача и разочарования. Он может усомниться в профессиональной компетенции врача, не получив ожидаемого внимания, разъяснения по поводу результатов обследования и индивидуального к нему отношения. Немногие пациенты послушно выполняют подобные предписания и зачастую обращаются к другим врачам. При этом негативная установка и скепсис в отношении получения реальной помощи сохраняются.

3. Индивидуальное (неформальное). Врач разъясняет в доступной для данного пациента форме патологические процессы, связанные с болезнью, находит причины заболевания, указывает на основные мишени лечения, объясняет основной механизм действия каждого препарата и комплексный эффект их сочетания. Данная работа требует от врача высокой квалификации, владения коммуникативными навыками, эмоциональной вовлеченности, внимательности, деликатности. Со стороны пациента также необходимы личная заинтересованность, мотивация на лечение, внимательность, активное слушание, развитое воображение. Несмотря на то, что информирование занимает больше времени и требует от врача демонстрации своей компетенции, это более эффективно в отношении мотивации к лечению у больного. Повышается доверие к данному врачу, самооценка пациента, его осведомленность о состоянии собственного здоровья, о действиях препаратов и медицинских процедур, укрепляется сотрудничество между врачом и больным (кооперативность). Во время таких разъяснений пациент может проявить свою заинтересованность, задавать вопросы, уточнять детали, делать записи. Врач, в свою очередь, имеет возможность наблюдать за реакцией пациента, замечать его сомнения, непонимание, тревогу, недовольство и

корректировать свою речь.

4. Образовательные программы. Данный вид информирования более продолжительный и требует специальной подготовки (план занятий, содержание сообщений, стимульный материал, презентация, наглядные пособия, мультимедийные фильмы, брошюры и т.д.). Эта форма обучения пациентов тщательно структурируется и дробится по времени на отдельные информационные встречи (занятия). Ввиду трудоемкости такого процесса, удобнее проводить коллективные встречи с пациентами имеющие схожую патологию (астма-школа, кардио-школа, клуб анонимных алкоголиков и т.д.). Помимо уже описанного информирования в данном способе используются навыки научения. Больных учат практически пользоваться портативными измерительными и лечебными приборами, вести записи в дневниках самонаблюдения, выполнять упражнения ЛФК. Ведущий может убедиться в правильности выполнения пациентом того или иного навыка, манипуляции, проконтролировать объем усвоенной информации (опрос, обратная связь, анкета, тест).

В общепринятой медицинской практике подготовка к лечебному процессу ограничивается вышеописанными информирующими мероприятиями. Однако в реальности для максимального выполнения всех лечебных назначений, а значит достижения эффективности лечения, объяснений оказывается недостаточно. Такое информирование не гарантирует повышения осведомленности больного о своем состоянии. Пациенты всегда вносят самостоятельные коррективы в схему назначений, исходя из собственных представлений или привитых им в обычной жизни убеждений: меняют кратность приема препаратов, их дозировку, самостоятельно отменяют непонравившиеся процедуры и лекарства, назначают себе более комфортные, дешевые, «проверенные» средства (например, используют препараты выбора, симптоматические лекарства, отменив базовую терапию), пропускают запланированные встречи, меняют лечащего врача. Все это может быть связано с

низкой мотивацией к лечению.

Обучение, как одно из условий формирования кооперативности больных и разумного лечения, должно являться неотъемлемой частью любых контактов между медицинскими работниками и пациентами. Для лучшего усвоения материала целесообразно использовать различные методы – обсуждение (с врачом, медицинской сестрой, социальным работником, специалистом по обучению пациентов), презентации, использование печатных, видео- и аудиоматериалов, инсценировки, групповые занятия и группы поддержки пациентов [269].

В процессе обучения больных бронхиальной астмой целесообразно выделить нулевой и основной этапы обучения. Нулевой этап обучения включает получение знаний о болезни до постановки диагноза бронхиальной астмы. Достоверность и полнота информации на этом этапе зависят от активности медицинских работников в образовании населения. Нулевой этап обучения оказывает существенное влияние на сотрудничество врача и пациента на основном этапе [17]. Наиболее стандартизированной формой информирования представляется основной этап в виде образования больных в астма-школе [18, 189].

Экспериментально-психологическое исследование эффективности обучающих программ проводилось в основной выборке больных бронхиальной астмой на образовательном этапе.

Анализ эффективности стандартных образовательных программ для больных бронхиальной астмой

В период нахождения на стационарном обследовании и лечении все пациенты проходили обучение в астма-школе (8% из них повторно).

Курс обучения по стандартной программе астма-школы длился 5 дней. Встречи проводились в послеобеденное время. Средняя продолжительность одного занятия составляла 1 час. Ведущим астма-

школы был врач-пульмонолог, имеющий опыт работы с больными бронхиальной астмой и обладающий хорошими дидактическими и риторическими способностями. Главная задача астма-школы – информирование о закономерностях течения бронхиальной астмы. Поэтому программа обучения включала: краткое информирование об анатомии и физиологии дыхательной системы, сведения о причинах заболевания, патогенетических механизмах и клинических проявлениях бронхиальной астмы; характеристику применяемых для лечения препаратов и правила их применения (в том числе инструкции по использованию дозированных аэрозолей, небулайзеров); описание методик, позволяющих осуществлять самонаблюдение и самоконтроль; описание принципов коррекции доз медикаментозных препаратов в соответствии с клинической ситуацией; представление об основных препаратах, применяемых в экстренных ситуациях и для профилактического лечения: объяснение значения пикфлоуметрии; сведения о немедикаментозных методах лечения, диете, закаливании, лечебной физкультуре. В процессе обучения использовались лекционный материал, компьютерная презентация, плакаты, папки с наглядными материалами, портативные устройства для мониторинга функции внешнего дыхания и ингаляций препаратов (спейсеры, небулайзеры, пикфлоумеры, виталогграфы), упаковки препаратов и баллончики ингаляторов.

Практически всех пациентов приходилось заинтересовывать в важности и полезности данных занятий. В начале занятий большинство обследуемых негативно и скептически относилось к данному мероприятию. Часть пациентов были индифферентно настроены («Все равно, просто любопытно, пришел по приглашению»). Подобная картина наблюдается при проведении занятий классической школы для больных (независимо от нозологии). Явной мотивации на приобретение информации о болезни и лечении, получение навыков диагностики, мониторингования, профилактики в большинстве случаев пациенты не выявляли. С похожей неприятной

особенностью сталкиваются ведущие школ, врачи, проводящие беседы с больными и их родными. То, что они пришли на встречу, еще не гарантирует продуктивного общения. Заинтересованность и позитивное отношение демонстрировало только 6% приглашенных на занятия. Количество действительно интересующихся во многом зависит от умения, эмоционального участия и внимания ведущего астма-школы [17, 96].

Во время занятий слушатели имели возможность задавать вопросы в любое время, тренироваться навыкам проведения пикфлоуметрии, регистрации и интерпретации результатов, отрабатывать правильное использование ингаляторов и дополнительных приспособлений, выполнять комплекс дыхательных и физических упражнений. Однако зачастую больные выступали в роли пассивного слушателя.

Перед началом занятий пациенты заполняли анкету-тест «Информированность пациентов о бронхиальной астме». Оценивался исходный уровень знаний больных о бронхиальной астме, ее патогенезе, прогнозе, осложнениях, специфических препаратах, умениях мониторинга состояния и самопомощи (пикфлоуметрия, ведение дневника самонаблюдения, снятие острого бронхоспазма и т.д.). Подсчитывалась сумма правильно отвеченных вопросов, и вычислялся % от максимально возможного суммарного результата (от 100%). Подсчитанные значения оценивались как «низкая», «средняя» или «высокая степень информированности». Оказалось, что исходно 52% пациентов (73 человека) показали среднюю степень информированности, остальные 48% – низкую, что подтверждает предположение о связи контроля болезни с низкой информированностью пациентов об изменениях, происходящих в организме при бронхиальной астме, предрасполагающих и провоцирующих факторах, лечении и профилактике обострений. Даже повторно проходившие обучение пациенты не смогли продемонстрировать достаточную осведомленность о своем заболевании. Средний уровень демонстрировали только лица со

«стажем» болезни более 3 лет. У женщин преобладали средние показатели, а у мужчин – низкие ($p=0,04$). Больше всего неправильных ответов было дано на вопросы относительно характеристик и правил приема препаратов.

При дальнейшем анализе данных анкеты-теста выявилось, что у больных с позитивной кооперативностью демонстрировалась средняя степень информированности о закономерностях болезни, отличающаяся от низкой степени информированности больных с негативной кооперативностью и с группой неосведомленных больных (группа В, $p=0,01$ и $p=0,03$ соответственно). Кроме того, и после обучения в астма-школе они показали лучшее усвоение информации по сравнению с остальными больными. Выявленная особенность указывает на то, что кооперативность обеспечивается повышением информированности больных бронхиальной астмой.

По окончании курса обучения все больные были повторно опрошены по анкете-тесту «Информированность пациентов о бронхиальной астме» с целью определения эффективности усвоения полученной информации. Результаты анкетирования выявили некоторую положительную динамику и показали, что высокую степень информированности о закономерностях болезни продемонстрировали 10% пациентов, среднюю (по абсолютным значениям ближе к высокой) – 44% и низкую степень информированности о закономерностях болезни – 46% пациентов. Необходимо отметить, что у каждого отдельно взятого больного в заполненной после обучения анкете наблюдалось только увеличение числа правильных ответов. Снижения показателей не было. Обучение в стационарной астма-школе позволило больным расширить свои представления о бронхиальной астме и способах ее лечения. Слушатели отмечали, что параллельно с обучением в астма-школе они стали более активно обращаться к своим лечащим врачам за дополнительным разъяснением по поводу их индивидуальных особенностей течения бронхиальной астмы и с просьбой откорректировать им терапию. Этот факт следует включить в оценку

кооперативности больных. Однако у 46% больных не произошло усвоения полученной информации. Кроме того, результатами своих ответов интересовалось только около 30% слушателей.

С целью поиска факторов, влияющих на степень заинтересованности в получении полной информации о своем заболевании, нами был проведен статистический анализ имеющихся показателей. Оказалось, что степень информированности о закономерностях болезни и ее динамика в процессе обучения обратно зависела от уровня алекситимии теста TAS ($R = -0,89$) и была связана с отдельными типами отношения к болезни. Анозогностический и эгоцентрический типы реагирования на болезнь были связаны с низкой ($R = 0,56$), а эргопатический – со средней и высокой степенью информированности о закономерностях болезни после обучения ($R = 0,62$). Алекситимия как феномен невозможности дифференцировки между эмоциональными проявлениями и телесными ощущениями, похоже, связана с затруднениями процесса обучения.

Таким образом, обучение в стационарной астма-школе повышает степень информированности о закономерностях болезни у пациентов с бронхиальной астмой, прививает навыки самоконтроля, помогает распознать первые признаки обострения заболевания. Однако результаты усвоения информации при обучении по программе стандартной астма-школы следует считать недостаточными. Использование анкеты-теста «Информированность пациентов о бронхиальной астме» до и после обучения позволяет контролировать процесс усвоения информации, получаемой на занятиях в астма-школе, а также выявить пациентов, нуждающихся в изменении формы или способа информирования (повторные курсы лекций, дополнительные беседы врача и т.п.).

Для выработки мотивационных побуждений к регулярному самообразованию и посещению занятий в астма-школе считаем целесообразным информировать больных бронхиальной астмой о результатах проведенного исследования.

Спустя 26-35 дней после окончания обучения в астма-школе у всех больных проводилась оценка контроля бронхиальной астмы. Были обнаружены следующие закономерности: у 75 больных (39% выборки) бронхиальная астма контролировалась полностью (группа С), у 118 больных (61%) – не контролировалась (группа D). При этом в группе А контроль бронхиальной астмы улучшился в 33 случаях (23%) и ухудшился в 7 случаях (5%) (табл. 16).

Таблица 16

**Динамика контроля бронхиальной астмы в группе А
после обучения в астма-школе**
(абсолютное и относительное количество больных)

Уровень контроля астмы после обучения в астма-школе	1 группа (n=36)	2 группа (n=105)	Итого в обеих группах (n=141)
Полный контроль	29 (80,6%)	33 (31,4%)	62 (44%)
Отсутствие контроля	7 (19,4%)	72 (68,6%)	79 (56%)

Среди больных, изначально неосведомленных о закономерностях бронхиальной астмы (группа В), выявлен высокий процент отсутствия контроля бронхиальной астмы после обучения по стандартной программе астма-школы (39 больных, 75%).

Таким образом, количество пациентов с контролируемым течением бронхиальной астмы после обучения в астма-школе возросло (с 27% до 31%), что можно расценивать как положительный эффект проводимой образовательной программы. Однако существует явление ригидности (72 случая, 51% группы А) и потери (7 человек, 5% группы А) контроля после обучения в астма-школе. Кроме того, обучение больных по стандартной программе астма-школы, изначально неосведомленных о закономерностях болезни, позволило достигнуть контроля бронхиальной астмы только в 25% случаев.

Данные факты указывают на наличие факторов психологического порядка, влияющих на способность больных обучаться управлению симптомами болезни и сохранять контроль бронхиальной астмы. С одной стороны, эти причины могут относиться к качествам пациента (интеллект, личностные особенности, отсутствие желания лечиться), с другой – к педагогическим и личностным особенностям врача, ведущего занятия в астма-школе. Предположения относительно недостаточной организации процесса обучения подтверждает и низкая динамика остаточных знаний после обучения в стандартной астма-школе.

Применение дополнительной программы обучения в астма-школе

Пациенты, которые не достигли достаточного уровня контроля бронхиальной астмы после стандартной астма-школы, были направлены на обучение в дополнительную астма-школу по оптимизированной трехдневной программе. В данную группу (группа D) вошло 118 человек (61% всей выборки). Пациенты неохотно соглашались на предложение вновь принять участие в обучающей программе, ссылаясь на то, что уже посещали подобные занятия. Перед вторым курсом обучения больные демонстрировали по анкететесту «Информированность пациентов о бронхиальной астме» низкую (88 человек, 75%) и среднюю (30 человек, 25%) степени информированности о закономерностях болезни. В основном, больных не смущала такая оценка их информированности.

Тематика занятий была прежней, но включала три встречи вместо традиционных пяти, и делался дополнительный акцент на навыках владения пикфлоуметром, ингалятором, спейсером, турбухалером и т.д., а также на классификации и фармакологическом действии противоастматических препаратов. Намеренно формировались малые группы по 1-3 пациента для приближения к индивидуальному обучению. Особенностью данной формы

информирования принцип «следования за пациентом». Данный принцип реализовался с помощью «прицельного информирования»: вначале обсуждались темы, которые, по мнению больных, более им знакомы и понятны, после чего они распределяли темы по степени актуальности для них, которыми хотели бы продолжить. Ведущий настоятельно предлагал делать записи, касающиеся лекарственных средств, схем терапии, стратегии купирования приступов удушья. Кроме того, больше времени отводилось на закрепление навыков использования ингаляторов (контроль выполнения маневра ингаляции и полоскания ротовой полости) и пикфлоуметра (трехкратная процедура, запись в дневнике самоведения лучшего результата, построение графика, расчет индивидуальной вариабельности ПСВ).

По окончании курса занятий степень информированности больных о закономерностях болезни по данным теста-анкеты улучшилась, но оставалась на среднем уровне у большинства слушателей (78 человек, 66% группы D). Высокий уровень знаний показали только 7 человек (6%).

Спустя 28-46 дней после обучения в дополнительной астма-школе, было проведено тестирование больных группы D при помощи ACQ-5. Улучшение контроля бронхиальной астмы выявилось у 56 человек (47% группы D).

В дальнейшем были предприняты поиски других психологических предикторов низкой обучаемости и недостижения контроля бронхиальной астмы. Пациенты, не повысившие степень контролируемости своего заболевания после дополнительного курса обучения (62 больных – 52% группы D, 32% всей выборки обследуемых), были выделены в отдельную подгруппу (подгруппа D1 – «невосприимчивые к обучению») и характеризовались рядом особенностей. Прежде всего, подавляющее большинство из них имели алекситимию (57 человек, 92%, набрали выше 74 баллов по шкале TAS, высокие усредненные значения TAS в подгруппе – $80,86 \pm 0,81$ баллов, $p < 0,005$). В среднем подгруппа была старше

($48,8 \pm 1,52$ года против $40,22 \pm 1,03$ лет, $p < 0,001$). Данные лица чаще и дольше курили и страдали сосудистой патологией: выше, чем у остальных больных средние значения индекса курящего человека ($6,31 \pm 1,86$ против $2,44 \pm 0,77$, $p = 0,049$) и степень выраженности гипертонической болезни ($1,29 \pm 0,18$ против $0,69 \pm 0,09$, $p = 0,041$). По отношению к болезни отмечалось преобладание дезадаптивных типов (второй и третий блоки ТОБОЛ, $p < 0,001$).

Таким образом, существует категория больных бронхиальной астмой (32%), характеризующихся наличием алекситимии, дезадаптивных способов реагирования на болезнь, статуса курения и артериальной гипертензии, у которых не удастся достигнуть контроля болезни путем их информирования при помощи стандартной групповой и дополнительной астмы-школы. В этой связи предприняты другие способы улучшения управления течением бронхиальной астмы.

Привлечение в процесс лечения родственников больных бронхиальной астмой

В медицинской практике известно, что достигнуть максимального выполнения врачебных назначений можно двумя способами: приемом лекарств под прямым наблюдением (в условиях стационара, жесткого контроля приема препаратов) и повышением сознательности и ответственности больных за здоровье (свое и окружающих) [136]. Первый вариант вполне осуществим в реанимационном отделении, в закрытом психиатрическом, инфекционном или противотуберкулезном учреждении. Уровень сознательности больных связан со многими факторами, на которые зачастую сложно воздействовать. Тем не менее, меры образовательного, разъяснительного и воспитательного плана являются важными и необходимыми. В масштабах России, с ее географическими и климатическими особенностями, национальными и религиозными обычаями, разным уровнем благосостояния населения,

образования и отношения к здоровью, стандартный подход к контролируемой терапии трудно осуществить [135].

Одной из социальных структур, на которую человек опирается, является семья. Семьи создаются людьми для обеспечения психологического комфорта, эмоционального тепла, для избавления от чувства одиночества и ради возможности иметь детей. В гармоничных семьях люди находят поддержку своих жизненных целей, установок и ориентаций. В то же время в любой семье возникают трудности из-за возрастных и половых различий, из-за разных интеллектуальных возможностей членов семьи и из-за принадлежности их к разным социально-психологическим группам. В семьях закрепляются и стереотипизируются определенные отношения друг к другу, которые способствуют сплоченности, возможности существовать семье как системе, стремящейся себя сохранить, если один из членов семьи меняет в чем-то свои функции. Это касается и ситуации, когда кто-то в семье заболевает. Болезнь одного побуждает остальных членов семьи изменить свои обязанности, интересы, отношения и поведение. Для одного члена семьи болезнь представляется грозным явлением, от которого необходимо немедленно избавиться, а для другого признаки болезни могут быть желательными, так как позволяют ему использовать их в своих собственных целях. Таким образом, чтобы помочь человеку избавиться от болезненных симптомов, часто приходится работать не только с ним, но и со всей семьей в целом и, изменив внутрисемейные отношения, добиться с помощью семьи улучшения состояния пациента.

Столкнувшись со сложностью повышения приверженности к лечению некоторых больных бронхиальной астмой доступными методами информирования и прямого взаимодействия врача с пациентом, нами предпринята попытка передачи части ответственности и контроля выполнения врачебных рекомендаций на родственников больных.

К сожалению, не все родственники взрослых больных охотно

интересуются сущностью их заболевания, включаются в процесс лечения, берут на себя ответственность за выполнение врачебных назначений. Даже матери больных бронхиальной астмой детей, перестают участвовать в их образе жизни и лечении, когда те вырастают. Поэтому на предложение сотрудничества с врачом в отношении здоровья их больных родных, большинство отреагировало растерянностью, недоумением, испугом, отрицанием и агрессией. Тем не менее, 37 родственников больных подгруппы D1 («невосприимчивые к обучению») откликнулись на предложение встретиться с целью повышения их осведомленности о бронхиальной астме и тактике поведения в отношении симптомов заболевания. Среди слушателей оказались 8 дочерей, 11 матерей, 6 сестер, 2 мужа и 10 жен больных. Беседы проводились тем же ведущим астма-школы. Предоставлялась возможность делать записи, получить брошюры и рекомендации в печатном виде. Программа включала трехдневные информационные встречи, содержащие темы этиологии, патогенеза, клиники, прогноза бронхиальной астмы, способов профилактики, мониторинга состояния, навыков применения ингаляторов и ведения дневников. Особый акцент делался на контроле ежедневного приема базисной терапии, оценке и фиксации состояния в дневниках самонаблюдения. Большинство обучающихся проявили удивление в отношении сложности и опасности болезни их родных. Все отметили полезность для них таких занятий и выражали желание продолжить взаимодействие с врачом, иметь возможность обратиться за советом, разъяснением и помощью.

По прошествии 4-7 недель пациенты, чьи родственники прошли обучение в астма-школе, были приглашены на беседу, повторно протестированы на уровень контроля бронхиальной астмы и заполнили опросник ОКБА, прошли исследование функции внешнего дыхания. Выяснилось, что родственники, особенно в первые две-три недели, активно контролировали прием больными лекарств, заставляли проводить пикфлоуметрию, выбросить некоторые вещи (подушки, ковры, вязание), гулять, заниматься лечебными

физическими упражнениями. Однако для всех опрошенных такое внимание казалось избыточным, вторжение в их жизнь – навязчивым. В этой связи они искали различные способы выхода из-под опеки (избегали встреч, искали объяснений своим погрешностям в лечении, злились, конфликтовали). Тем не менее, пациенты отмечали, что им приятно внимание со стороны родных, их обеспокоенность и «понимание жизненных ограничений». Кроме того, теперь больным стало проще рассказывать о своем самочувствии и просить о помощи у родственников. Наиболее показательным было наличие позитивной кооперативности у 18 больных (49% подгруппы), повышение степени контролируемости бронхиальной астмы у 30% (у 11 человек из 37 был достигнут контроль заболевания), улучшение показателей $ОФВ_1$ при спирометрическом исследовании (в 70% достигнута условная норма по Р.Ф. Клементу) и отрицательные бронходилатационные пробы ($\Delta ОФВ_1 < 12\%$), что косвенно указывало на более регулярное поступление в организм препаратов патогенетической и симптоматической терапии [137].

Таким образом, была показана полезность включения в лечебный процесс родственников больных, «невосприимчивых к обучению» по стандартной и дополнительной программе астма-школы, не достигших контроля бронхиальной астмы, имеющих выраженную психопатологическую симптоматику, алекситимию, ограничивающих контакты с другими людьми. Считаем целесообразным проведение более масштабных исследований данной технологии повышения контроля бронхиальной астмы.

В результате применения разработанного комплекса образовательных программ, сочетающего стандартное и дополнительное обучение в астма-школе, обучение и привлечение в процесс лечения родственников больных «невосприимчивых к обучению», позволило достигнуть контроля бронхиальной астмы в 74%. При формировании групп больных бронхиальной астмой для участия в стандартной образовательной программе особенно важно привлекать пациентов без алекситимии, так как обучение этой группы

лиц наиболее эффективно. Тем не менее, 32% больных бронхиальной астмой даже в условиях стационарного лечения и применения комплексной образовательной программы не достигают контроля болезни.

Динамика кооперативности больных и контроля бронхиальной астмы

Через 3-6 месяцев после обучения в астма-школе, часть пациентов (108 человек, 56% группы больных бронхиальной астмой) прошли динамическое обследование уровня контроля бронхиальной астмы и кооперативности. Так как пациенты на данном этапе исследования находились дома и наблюдались у участковых врачей, выявились некоторые отличия от их кооперативности во время пребывания в стационаре (по данным формы Б опросника ОКБА). С течением времени у части больных снизился ОИК и составил в среднем по группе $56,3 \pm 12,7\%$ (ANOVA, Newman-Keuls test, $p=0,041$). В связи с низкой кооперативностью больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях 59 больных (55%) нерегулярно использовали лекарственные препараты, три человека (3%) не лечились совсем. Негативную кооперативность по данным IV части ОКБА имели 62 больных (57%), из них больше половины составили больные с впервые выявленным диагнозом «бронхиальная астма» (36 человек, 69% группы В). Средние значения УК снизились до 65,5% ($p=0,02$). Показатели ОО и ПБ практически не изменились: $35,1 \pm 5,2\%$ и $87,6 \pm 7,3\%$, соответственно ($p>0,05$). Значения этих индексов указывают на то, что у больных бронхиальной астмой сохранялась нужда в безопасности и отрицалась степень влияния астмы на их жизнь.

При качественном анализе результатов опросника ОКБА, в дополнение к уже известному отношению к факту заболевания, уверенности в возможности справиться с приступом астмы, появились негативные оценки своего нынешнего врача и

назначенного лечения.

По данным I и II частей опросника ОКБА и опроса выяснилось, что после выписки 57% больных самостоятельно изменяли свое лечение: уменьшали дозировку, кратность приема или отменяли препараты базисной терапии, переходили на систематическое или по требованию использование β_2 -адреномиметиков, полностью прекращали лечение. В беседе эти пациенты связывали такую корректировку в терапии с недостатком средств на препараты, хорошим самочувствием и убежденностью, что лечение не требуется или малоэффективно. 106 больных группы (98%), с их слов, принимали в качестве базисной терапии глюкокортикоидные препараты (беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат), а также при обострении бронхиальной астмы в качестве дополнительного приема – будесонид с использованием небулайзера. Наличие похожих схем терапии указывало на большую вероятность их принадлежности стационарным врачам. Одна пациентка с тяжелым течением бронхиальной астмы принимала ежедневно Серетид® (будесонид/формотерол), Беродуал® (ипратропия бромид / фенотерола гидробромид), Пульмикорт® (будесонид через небулайзер) и преднизолон (по схеме), но эффект терапии был нестабильным. В качестве симптоматических препаратов для купирования бронхоспазма большинство пациентов принимали агонисты β_2 -адренорецепторов (сальбутамол). В меньшем количестве больные получали противовоспалительную и антигистаминную терапию. Двое больных упорно использовали только симптоматические бронходилататоры по требованию.

В отличие от впечатления о лечении бронхиальной астмы в стационаре (начало исследования), у больных появилась неудовлетворенность. В III части опросника ОКБА больные утверждали, что в настоящее время «полностью удовлетворены» лечением своей астмы в 42 случаях (39%), «в общем, удовлетворены» – в 38 случаях (35%), «частично удовлетворены» – в 17 случаях (16%), «не удовлетворены» – в 4 случаях (4%) и «абсолютно не

удовлетворены» – в 5 случаях (5%). 9 больных, недовольных своим лечением в настоящее время, указали, что «лечение для меня слишком дорогое» (5 утверждений), «польза от препаратов кратковременная» (7 утверждений), «лечение не приносит облегчения» (3 утверждения), «лечение для меня слишком сложное» (2 утверждения), «я опасюсь последствий такого лечения» (2 утверждения).

Усилия врачей по лечению астмы больные чаще оценивали как «хорошие» (в 58 случаях, 54%) и «отличные» (29 случаев, 27%). 16 больных (15%) посчитали усилия медиков «удовлетворительными» и 4 человека (4%) оценили старания врачей как «плохие». Собственные же усилия по лечению астмы больные оценивали как «хорошие» – в 62% (67 больных), «удовлетворительные» в 27% случаев (29 человек) и «отличные» – в 11% (12 пациентов).

В 44 (41%) случаях пациенты на момент заполнения опросника были «в общем, довольны» своим врачом, в 37 (34%) случаях – «полностью довольны», в 16 (15%) случаях – «частично довольны», в 5 (5%) случаях – «в общем, не довольны», в 11 (10%) случаях – «абсолютно не довольны врачом, который лечит в настоящее время». То есть, появились отрицательные оценки в отношении лечащего врача. 19 больных (18%) сомневались в компетентности врача, 18 (17%) – считали участковых терапевтов неграмотными в области пульмонологии, 4 (4%) больных жаловались, что врач «не прислушивается к их мнению». То есть, появилось и росло недовольство своим участковым врачом.

Несмотря на это, 46 больных (43%) «полностью выполняют все врачебные рекомендации», 53 больных (49%) – «в общем, выполняют», 9 человек (8%) – «выполняют рекомендации частично». В половине случаев больные все же доверялись решениям и компетенции врачей («для меня не имеет значения, какие лекарства мне назначил врач, лишь бы они помогли», «для меня не имеет значения, какой врач меня лечит, лишь бы он помог», «все лекарства от астмы, назначенные мне врачом, эффективны») (56 случаев, 52%).

Четверо больных (4%) отметили утверждение: «я многое не понимаю из того, что мне рекомендует врач».

В качестве факторов, мешающих в точности выполнить врачебные рекомендации в настоящее время, пациенты указывали: «недостаток собственной целеустремленности и терпения» (42 случая, 39%), «недостаток денег» (41 случай, 38%), «отсутствие эффективных лекарств» (29 случаев, 27%), «недоступность рекомендованных средств» (21 случай, 19%), «собственная неорганизованность» (20 случаев, 18%), «нехватка профессионализма врачей» (13 случаев, 12%), «не считаю необходимым все выполнять» (10 случаев, 9%). В качестве источника информации о бронхиальной астме в данных условиях больные чаще указывали интернет (92 человека, 65%).

На вопрос «как Вы поступаете, если не чувствуете скорого облегчения от рекомендованного врачом лекарства?», больные отвечали (необходимо было указать все варианты поведения): «советуюсь с другим врачом» (41 случай, 38%), «продолжаю принимать» (37 случай, 34%), «перестаяю его принимать» (21 случай, 19%), «советуюсь со своим врачом» (12 случаев, 11%), «самостоятельно увеличиваю дозу лекарства» (16 случаев, 15%), «самостоятельно заменяю лекарство на другое» (8 случаев, 7%). Похоже, что в первую очередь больные сомневаются в компетентности своего доктора и не склонны обсуждать с ним особенности эффектов лекарств.

При рекомендации врачом слишком дорогого лекарства 33 человека постарались бы достать его по льготному рецепту (31%), 33 больных планируют попросить в аптеке более дешевую замену (31%), 29 больных (27%) уверены, что купят его за любые деньги и будут принимать, не станут его принимать – 26 человек (24%), будут экономить и уменьшат назначенную дозу – 14 человек (13%) (указывались все актуальные ответы).

Ретроспективно, 54 человека (50%) считали занятия в астма-школе очень полезными, 25 человек (23%) – в целом полезными, 8

человек (7%) от астма-школы ожидали большего. В амбулаторных условиях никто из опрошенных не обучался в астма-школе, так как «Там, где я живу такой школы нет» и «Нет времени на это».

Таким образом, спустя 3-6 месяцев после прохождения обучения в астма-школе, в амбулаторных условиях, кооперативность больных бронхиальной астмой снизилась (ОИК – до $56,3 \pm 12,7\%$; 57% больных имело негативную кооперативность). Больные были не довольны своим врачом, его назначениями, не доверяли его компетентности, снижали дозировку и кратность приема препаратов, самостоятельно их отменяли и замещали другими лекарствами. Уровень контроля бронхиальной астмы в динамике по данным ACQ-5 оказался низким: 35 человек (32%) контролировали бронхиальную астму (группа E1) и 73 человека (68%) не контролировали заболевание (группа E2).

Таким образом, со временем, без подкрепления, кооперативность больных и степень контроля бронхиальной астмы снижались, появлялись «препятствия» для выполнения в полном объеме врачебных рекомендаций, погрешности в приеме назначенных препаратов, недовольство участковым врачом и недоверие к его компетентности, становились более актуальными финансовые траты на препараты и отсутствие возможности получить квалифицированную консультацию. В связи с низкой кооперативностью больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях 57% больных нерегулярно использовали лекарственные препараты или не лечились совсем и 68% не контролировали бронхиальную астму.

Учитывая вышеизложенное, возникло предположение, что только информирования о специфике бронхиальной астмы недостаточно для полноты выполнения врачебных рекомендаций в течение продолжительного времени. По всей видимости, необходимо у данных больных следует применять воздействие не только на интеллектуальную, но и на волевую сферу. Поэтому следующий этап работы был посвящен исследованию мотивационной сферы и

разработке способов воздействия на мотивацию к лечению у больных бронхиальной астмой с целью повышения их осознанности и кооперативности.

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ НА КООПЕРАТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ И КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Повышение кооперативности больных и степени их осознанности является важным эффектом при достижении контроля заболевания. В конечном итоге, результатом любой работы с пациентом является гарантированно исполнительный прием препаратов и исключение факторов, провоцирующих рецидив болезни (триггеров). Чтобы пациент выполнял рекомендации охотно, необходим мотив (ради чего он это будет делать). В основе мотивации к лечению всегда лежит несколько мотивов (предметы удовлетворения потребностей по А.Н. Леонтьеву)

Вопросы влияния на мотивацию к лечению у больных бронхиальной астмой с целью повышения их кооперативности и достижения контроля заболевания в настоящий момент не разработаны и требуют изучения с учетом особенностей клинической картины и течения наблюдаемой патологии. Мотивационная сфера больных бронхиальной астмой нуждается также и в динамической комплексной оценке.

Не существует разработанного универсального метода, который помогал бы всем пациентам повысить мотивацию к лечению. Проблема лечения во многом сводится к тому, насколько терапевт умеет оценить базовые характеристики мотивационной сферы больного и овладеть новыми методами работы, искусством их оптимального выбора и применения по отношению к каждому человеку, обратившемуся к нему за помощью.

Решение применения мотивационного воздействия принималось с учетом того, что часть пациентов после обучения в астма-школе со временем теряла контроль бронхиальной астмы, несмотря на то, что получила достаточно информации о своем заболевании и

необходимости активного участия в длительном лечении (при помощи фармакотерапии и немедикаментозных методов лечения). Малоэффективные результаты повторных образовательных мероприятий в группе больных с алекситимией продиктовали необходимость специального мотивирования пациента на рациональное самоуправление. Предположение о целесообразности коррекции мотивации с целью повышения кооперативности, обусловлено тем, что мотивация всегда предшествует поведению [175], в том числе выполнению врачебных рекомендаций.

Исследование особенностей мотивации здоровых лиц и разработка теста «Мотивационная направленность»

На этапе разработки удобных в медицинской практике мотивационных тестов были проведены исследования в контрольной группе практически здоровых лиц. В группу вошли 51 человек в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст $39,9 \pm 1,04$), из них 37 женщин и 14 мужчин (73 и 27%, соответственно). В основу дифференциации лиц для проведения мотивационных вмешательств в группе была положена разработанная нами методика – тест «Мотивационная направленность». Так как у любого курса лечения имеется конечная цель – излечение, улучшение состояния здоровья или предотвращение ухудшения, то наиболее близкими к мотивации лечения являются мотивация достижения цели и мотивация избегания дискомфорта. Предварительно тестовая методика была апробирована. Результаты теста сравнивались с известными в психологических исследованиях методиками: тест-опросник МУН (А.А. Реан), тест «Мотивация к успеху» (Т. Элерс), тест «Измерение мотивации достижения» (ТМД, А. Мехрабиан), шкала оценки потребности в достижении (Ю.М. Орлов).

Результаты теста «Мотивационная направленность» оказались сходными с результатами других тестов по измерению уровня мотивации. При предполагаемой позитивной мотивационной направленности (43 человека, 84%) обнаружили мотивация успеха

(в 80% случаев) и склонность к мотивации успеха (в 14% случаев) по тест-опроснику МУН; умеренно высокий (в 44% случаев) и слишком высокий (в 27% случаев) уровень мотивации по тесту «Мотивация к успеху» Т. Элерса; мотив стремления к успеху (в 14% случаев) по тесту «Измерение мотивации достижения». При предполагаемой негативной мотивационной направленности (5 человек, 10%) обнаружили мотивация боязни неудачи (в 40% случаев) и невыраженный мотивационный полюс (в 60% случаев) по тесту-опроснику МУН; средний (в 80% случаев) и умеренно высокий (в 20% случаев) уровень мотивации по тесту «Мотивация к успеху» Т. Элерса; только низкий уровень потребности в достижении по шкале оценки потребности в достижении (Ю.М. Орлов) и мотив стремления избежать неудачи (в 100% случаев) по тесту «Измерение мотивации достижения». Сырые баллы апробируемой методики значимо коррелировали с показателями теста-опросника МУН ($R=0,63$), теста «Мотивация к успеху» ($R=0,34$), теста «Измерение мотивации достижения» ($R=0,36$). Это значит, что с нарастанием мотивационной позитивности усиливается стремление к успеху и мотивация достижения. Данные теста «Мотивационная направленность» не имели значимых корреляционных связей со шкалой оценки потребности в достижении ($R=0,07$), вопросы которой, по мнению экспертов, логически слабо связаны с мотивацией достижения.

Сравнение теста «Мотивационная направленность» с другими психологическими тестами, показало значимую обратную связь с показателями разработанного нами опросника «Диагностика надежды на успех» ($R=-0,28$, при $p<0,05$). По-видимому, мотивационная направленность «От» сопровождается выраженной надеждой на успех. Подобная отрицательная зависимость выявилась и с показателями GAS ($R=-0,17$, при $p<0,05$). Так как алекситимия считается устойчивой характеристикой нервно-психической сферы, то можно предположить, что ее наличие у индивидуума предполагает направленность на уход «От» неудач и дискомфорта. Входящие в разработанную методику вопросы и результаты тестирования были

проанализированы тремя экспертами – психологами (кандидатами психологических наук). Измерение с помощью данного теста было признано надежным (воспроизводимость, низкое количество ошибок при повторных тестированиях) и валидным (очевидная и конструктивная валидность) [50].

Исследование мотивационной сферы пациентов с бронхиальной астмой

У больных бронхиальной астмой, обследуемых после комплекса образовательных программ (108 человек, 56% всей выборки больных), проводилось тестирование психологическими методиками: тест-опросник МУН (А.А. Реан), тест «Мотивация к успеху» (Т. Элерс), тест «Измерение мотивации достижения» (ТМД, А. Мехрабиан), шкала оценки потребности в достижении (Ю.М. Орлов), тест «Мотивационная направленность», шкала оценки мотивации одобрения (Д. Краун и Д. Марлоу), опросник «Диагностика надежды на успех», методика диагностики степени готовности к риску Г. Шуберта.

С целью поиска связей мотивационных свойств личности со степенью контроля бронхиальной астмы и типом кооперативности больные были разделены на две группы. Группу Е1 составили 35 человек (32% обследованных в динамике), которые спустя 3-6 мес. после комплекса образовательных программ контролировали бронхиальную астму. По степени тяжести больные в группе распределились следующим образом: 9 человек (26%) с легкой персистирующей бронхиальной астмой, 24 (69%) – с персистирующей бронхиальной астмой средней степени и 2 (6%) с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. Женщин было большинство (28 человек, 80%).

Критериями отбора в группу Е2 являлись низкий контроль заболевания или его потеря через 3-6 месяцев после образовательных программ. В связи с условиями отбора в данную группу вошло 73 человека (68% обследованных в динамике больных). По степени

тяжести больные распределились в группе следующим образом: 19 человек (26%) с легкой персистирующей бронхиальной астмой, 49 (67%) – с персистирующей бронхиальной астмой средней степени и 5 (7%) с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. Женщин также было большинство (60 человек, 82%).

При сравнительном анализе усредненных показателей в группах E1 и E2, различия обнаружались практически по всем мотивационным тестам (табл. 17). Усредненные значения всех шкал опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) в группе E2 были со статистической значимостью выше ($p < 0,001$). Это может указывать на обилие, разнообразие и значительную выраженность психосоматических проявлений у данных больных, на их плохое самочувствие, наличие болевых ощущений, тревожности, навязчивых мыслей (в том числе, о здоровье), дистресса, недоверчивости в отношении возможности улучшения состояния.

Такая же закономерность обнаруживалась при анализе средних значений 0-й шкалы (S_i – социальной интроверсии) методики СМИЛ ($61,0 \pm 3,58$ против $53,57 \pm 1,84$, $p = 0,014$), что может свидетельствовать о погруженности в себя больными, не контролирующими бронхиальную астму, избегании ими реальных контактов и общения с другими людьми, сложности в коммуникации. Инверсия значений по шкале «коррекции» – К методики СМИЛ ($50,6 \pm 1,69$ против $55,07 \pm 2,05$, $p = 0,033$) выявляет степень искажения профиля под влиянием закрытости испытуемого, нежелания произвести благоприятное впечатление на экспериментатора.

Дальнейшее обследование показало, что 47% группы E2 (34 человека) имели выраженную надежду на успех по опроснику «Диагностика надежды на успех» (средние значения составили $8,69 \pm 0,19$ баллов). Это указывает, на то, что почти половина выборки скорее рассчитывают на достижение успеха без их активного участия. В группе с контролируемой бронхиальной астмой только 2 человека (6%) имели надежду на успех.

Таблица 17

**Сравнительная характеристика усредненных показателей
психологических тестов в динамике у больных бронхиальной астмой
после обучения в астма-школе**

Психологические методики и их показатели	Группа E1 (n=35)	Группа E2 (n=73)
Тест-опросник МУН	15,24±0,26	13,94±0,43*
Тест «Мотивация к успеху»	17,9±1,65	16,8±0,48*
Тест «Измерение мотивации достижения»	128,89±1,72	118,21±2,51
Шкала оценки потребности в достижении	10,69±0,17	10,07±0,28
Шкала оценки мотивации одобрения	9,56±0,25	9,63±0,42
Тест «Мотивационная направленность»	30,04±1,45	27,34±0,15*
Опросник «Диагностика надежды на успех»	8,43±1,19	9,06±0,29*
Методика диагностики степени готовности к риску	-8,24±1,56	-12,51±2,44
Самоопросник для выявления депрессии CES-D	12,59±0,83	18,63±1,28*
TAS	53,91±0,64	80,673±0,82*

*Примечание: Группа E1 – больные с контролируемой астмой после цикла образовательных программ; группа E2 – больные с неконтролируемой астмой после цикла образовательных программ. * – средние значения показателей тестов со статистически значимыми различиями между группами больных $p < 0,05$.*

Учитывая явные различия результатов по большинству мотивационных тестов более подробно анализировались взаимосвязи показателей в группе E2. Несмотря на схожесть исследуемых характеристик, результаты мотивационных тестов имели различия между собой. Средние значения по тест-опроснику МУН (А.А. Реан) равнялись $13,94 \pm 0,43$ баллов, при этом 48 человек (66%) выявили мотивацию успеха и 21 человек (29%) «скорее тяготели к мотивации успеха». То есть 95% группы E2 обнаруживали мотивацию успеха и только 5% – мотивацию боязни неудач (4 человека). По результатам теста «Мотивация к успеху» (Т. Элерс) больные распределились следующим образом: низкая мотивация к успеху – 2 человека (3%); средний уровень мотивации – 22 (30%); умеренно высокий уровень мотивации – 31 (42%); слишком высокий уровень мотивации к успеху – 18 (25%).

Мотивированный на успех человек обычно стремится к нему и много работает для его достижения. В силу общего оптимизма ориентированные на успех люди полнее реализуют свои способности и чаще достигают поставленных целей, так как более активно учатся на своих ошибках, отказываются от несостоятельных гипотез, быстрее находят оптимальные решения. Предполагается, что субъектам, мотивированным на успех, свойственно стремление к постановке и поэтапному достижению реальных целей. Для недостаточно мотивированного человека успех не является таким необходимым. Для человека, ориентированного на неудачу, интерес падает, и возникает тенденция избегания этой задачи, желание больше к ней не возвращаться. Субъекты со склонностью к избеганию неудачи при достижении результата обращают внимание на информацию о возможности неудачи [147].

Не вполне согласуются результаты мотивационных тестов с тем, что пациенты не контролируют бронхиальную астму, то есть не достигают основной цели лечения бронхиальной астмы. Возможно, выявленные особенности связаны с тем, что данные психологические методики (тест-опросник МУН и тест «Мотивация к успеху» Т.

Элерса) были разработаны и применяются преимущественно в системе образования и в психологии труда [30, 147].

Более универсальным в отношении выявления мотивации стремления к цели является «Измерение мотивации достижения» (ТМД, А. Мехрабиан). Только 4 человека (5%) показали мотивацию достижения по данному тесту. Большинство же (69 человек – 95%) выявили мотивацию избегания неудачи. Эти данные противоречат результатам теста МУН. Мотивированные на неудачу люди проявляют неуверенность в себе, тяготеют выполняемой работой. Выполнение трудных заданий в условиях недостатка времени вызывает у них дискомфорт. Мотив избегания неудач, являясь преобладающим у человека, приводит к занижению самооценки и уровню притязаний. Повторяющиеся неудачи могут привести такого человека в состояние привычной подавленности, к устойчивому снижению веры в себя и к хронической боязни неудачи.

Согласно анализу результатов шкалы оценки потребности в достижении (Ю.М. Орлов) низкую мотивацию достижения имели 52 человека (71%), среднюю мотивацию достижения – 21 человек (29%). Высокой потребности в достижении не было ни у кого. Достаточно низкие показатели имела и шкала оценки мотивации одобрения (Д. Краун и Д. Марлоу) (среднее значение $9,59 \pm 0,25$ баллов), кроме того, низкий уровень мотивации одобрения имело 77% (56 человек), средний уровень – 22% (16 человек), высокий уровень – 1% (1 человек). Значит, большинство больных, не достигающих контроля бронхиальной астмы, не обеспокоено мнением окружающих, они не стремятся получить одобрение и понравиться другим людям (в том числе, медицинскому персоналу).

Результат теста «Мотивация к успеху» рекомендуется анализировать вместе с результатами теста «Готовность к риску» Г. Шуберта. По частоте наблюдений различных диапазонов готовности к риску распределение было следующим: 10 (14%) – слишком осторожны; 24 (33%) – осторожны; 26 (36%) – недостаточно осторожны; 13 (18%) – склонны к риску. Готовность к риску

непосредственно связана с направленностью личности на достижение цели или с ориентацией на избегание неудачи. Предшествующие исследования показали, что люди, умеренно и сильно ориентированные на успех, предпочитают средний уровень риска. А те, кто боится неудач, предпочитают малый или слишком большой уровень риска [147]. Выявленная склонность к разумной осторожности предполагает повышение интереса к информации о негативных явлениях заболевания и принимаемых препаратах.

Выявлены значимые корреляционные связи между результатами теста «Мотивационная направленность» и тестами МУН ($R=0,56$), «Мотивация к успеху» ($R=0,35$), «Измерение мотивации достижения» ($R=0,36$), указывающие на зависимость мотивации успеха от позитивной мотивационной направленности и мотивации боязни неудачи – от негативной. Мотивационная направленность оказалась не связанной с результатами методики диагностики степени готовности к риску Г. Шуберта, шкалой оценки потребности в достижении и шкалой оценки мотивации одобрения. Обнаруженные отрицательные связи теста «Мотивационная направленность» с тестом «Диагностика надежды на успех» ($R=-0,38$) свидетельствуют о склонности лиц с негативной мотивационной направленностью надеяться на успешность без собственного участия.

Таким образом, результаты разработанного теста «Мотивационная направленность» у больных бронхиальной астмой значимо коррелировали с большинством широко используемых в системах образования, профориентации и бизнеса методик исследования мотивации к успеху, риску, избеганию неудач. Кроме того, обнаружена обратная зависимость блоков отношения к болезни методики ТОБОЛ от значений теста «Мотивационная направленность» ($R=-0,32$). Это может означать, что позитивная мотивационная направленность предполагает формирование адаптивных реакций на заболевание.

Значимая отрицательная корреляция между тестом «Мотивационная направленность» и тестом TAS ($R=-0,47$) позволяет

предположить связь наличия алекситимии с негативной мотивационной направленностью. Такие же связи выявлялись и с результатами практически всех шкал теста SCL-90-R, кроме шкал SOM, HOS и PAR (табл. 18).

Таблица 18

Корреляции между тестом «Мотивационная направленность» и показателями выраженности симптоматики по тесту SCL-90-R у больных, не контролирующихся бронхиальную астму
(*Spearman's rank correlation coefficient – R*)

Шкалы	SOM	O-C	INT	DEP	ANX
Показатели теста «Мотивационная направленность»	-0,13	-0,23*	0,31*	-0,27*	-0,22*
Шкалы	HOS	PHOB	PAR	PSY	
Показатели теста «Мотивационная направленность»	-0,16	-0,26*	-0,12	-0,27*	

Примечание: * – корреляции с уровнем значимости $p < 0,05$

Таким образом, больные с неконтролируемой бронхиальной астмой после комплекса образовательных программ чаще демонстрировали мотивацию успеха преимущественно низкого и среднего уровня, негативную мотивационную направленность, наличие надежды на успех, депрессии и алекситимии, выраженную психопатологическую симптоматику. Все эти психологические особенности, по-видимому, мешают сотрудничать с врачами, выполнять все рекомендации и назначения, достигать контроля симптоматики основного заболевания.

Характеристика групп больных бронхиальной астмой в зависимости от типа мотивационной направленности личности

Клинико-психологическая характеристика пациентов 1-ой подгруппы (с позитивной мотивационной направленностью)

Первую подгруппу составили 38 больных легкой (8 человек – 21%), средней (24 человек – 63%) и тяжелой (6 человек – 16%) степени бронхиальной астмы, из них 29 женщин (76%) и 9 мужчин (24%). Средний возраст $43,2 \pm 1,08$ лет (от 21 до 54 лет). Средняя продолжительность заболевания по группе – $6 \pm 0,8$ лет (от 1 месяца до 30 лет). Средние значения $ОФВ_1$ находились в диапазоне $90,8 \pm 1,7\%$. Средний ОИК составлял $58,2 \pm 6,3\%$, ОО – $37,4 \pm 6,6\%$, ПБ – $87,6 \pm 4,0\%$.

Частота сопутствующих заболеваний респираторной системы у больных данной подгруппы приведена в таблице 19. Три человека (8%) страдали ХОБЛ, индекс курящего человека колебался от 2 до 64 у 8 человек (21%). Хроническое легочное сердце диагностировано у семи человек (18%). Вегето-сосудистой дистонией страдали 5 человек (13%). Три человека (8%) имели сопутствующий диагноз ИБС. 2 человека (5%) страдали гипертонической болезнью первой стадии, 9 человек (24%) – гипертонической болезнью второй стадии, 5 человек (13%) – гипертонической болезнью третьей стадии.

Сравнительная характеристика усредненных значений психологических тестов по подгруппам представлена в таблице 20. Представители данной подгруппы имели самый высокий средний балл по тесту МУН: 79% (30 человек) продемонстрировали мотивацию успеха и 13% (5 человек) скорее тяготели к мотивации успеха (всего 92% подгруппы). Средний балл подгруппы по тестам «Мотивация к успеху» Т. Элерса, «Измерение мотивации достижения» А. Мехрабиан и «Диагностика надежды на успех» также был значимо выше, чем в подгруппе с промежуточной мотивационной направленностью. В одной из интерпретаций

результатов методики «Измерение мотивации достижения» А. Мехрабиан указано: «баллы всей выборки испытуемых, участвующих в эксперименте, ранжируют и выделяют две контрастные группы: верхние 27% выборки характеризуются мотивом стремления к успеху, а нижние 27% — мотивом избегания неудачи» [149]. В этой связи выяснилось, что мотивацию достижения по данному тесту имели только представители первой подгруппы. Это, с одной стороны, указывает на связь позитивной мотивационной направленности с мотивацией к успеху. Но связь эта не прямая, так как не обнаружилось значимые различия по тестам мотивации к успеху между первой (позитивная мотивационная направленность) и второй (негативная мотивационная направленность) подгруппами.

Предшествующие исследования, объектами которых были мотивы учебной деятельности и особенности формирования познавательной мотивации как фактор эффективности обучения, позволили предполагать, что субъекты, позитивно мотивированные, уверены в благоприятном исходе задуманного, в неопределенных ситуациях им свойственны решительность, склонность к разумному риску, готовность взять на себя ответственность, адекватный средний уровень притязаний, настойчивость при стремлении к цели, увеличивающаяся после успеха и снижающаяся после неудачи. Такие личности предпочитают выбирать задачи средней трудности, при которых успех и неудача становятся равновероятными, и исход становится максимально зависимым от собственных усилий. Отсюда следует, что данным больным свойственно стремление к постановке и поэтапному достижению реальных целей. Эту особенность следует учитывать при составлении индивидуальной программы ведения данных больных: получив быстрый бронхорасширяющий эффект при применении бронхолитиков короткого действия и стойкий эффект на фоне приема ИГКС, они должны быть более мотивированы на дальнейшее следование рекомендациям врача, самонаблюдение и достижение продолжительного контроля заболевания. При этом мотивация к успеху влияет и на надежду на успех: при сильной

мотивации к достижениям надежды на успех обычно скромнее, чем при слабой мотивации к успеху. По данным наблюдений, особенностями категории мотивации достижения успеха являются: самостоятельная постановка цели субъектом; стремление ее достичь; отсутствие стремления понравиться кому-либо в целях, средствах и результатах деятельности [147].

Клинико-психологическая характеристика пациентов 2-ой подгруппы (с негативной мотивационной направленностью)

Субъекты со склонностью к избеганию неудачи и проигрыша при достижении результата обращают внимание на информацию о возможности неудачи и степени ее влияния на их комфорт [147].

В данную группу вошли 10 больных легкой (3 человека – 30%), средней (6 человек – 60%) и тяжелой (1 человек – 10%) степени тяжести бронхиальной астмы, из них 7 женщин (70%) и 3 мужчины (30%). Средний возраст $33,6 \pm 4,43$ лет (от 24 до 55 лет). Средняя продолжительность заболевания по группе – $5,3 \pm 2,58$ года (от 1 месяца до 24 лет). Средние значения $ОФВ_1$ не отличались от таковых первой подгруппы и находились в диапазоне $77,2 \pm 5,3\%$. Частота сопутствующих заболеваний респираторной системы у больных данной подгруппы приведена в таблице 19. Один человек страдал ХОБЛ. Два человека подгруппы курили с индексами курящего человека 7 и 40. Хроническое легочное сердце диагностировано у 3 человек (30%). Вегето-сосудистой дистонией страдали 2 человека (20%). 1 человек имел сопутствующий диагноз ИБС. 2 человека (20%) страдали гипертонической болезнью второй стадии и 2 человека (20%) – гипертонической болезнью третьей стадии.

При сравнении усредненных значений мотивационных тестов с первой подгруппой отличия касались только более низких показателей теста МУН (табл. 20). По тесту «Измерение мотивации достижения» А. Мехрабиан 60% больных данной подгруппы имели мотивацию избегания неудач.

Клинико-психологическая характеристика пациентов 3-ей подгруппы (с промежуточной мотивационной направленностью)

Представители данной группы не имели определенной преимущественной мотивационной направленности при выборе и в поведении, то есть, в одних ситуациях они опирались на позитивную мотивировку, в других – на негативную, в третьей – долго сомневались и не принимали решение.

Третью подгруппу составили 6 больных бронхиальной астмой легкой (1 человек – 17%) и средней (5 человек – 83%) степени, из них 5 женщин (83%) и 1 мужчина (17%). Средний возраст $41,7 \pm 2,29$ лет (от 21 до 56 лет). Средняя продолжительность заболевания по группе – $9,07 \pm 2,15$ года (от 1 месяца до 36 лет). Средние значения $ОФВ_1$ находились в диапазоне $93,4 \pm 4,4\%$ и значимо не отличались от показателей первой и второй подгруппы. Частота сопутствующих заболеваний респираторной системы у больных данной подгруппы приведена в таблице 19. Никто в группе не имел сопутствующие диагнозы ХОБЛ, хронического легочного сердца, гипертонической болезни и ИБС. Индекс курящего человека колебался от 0,4 до 8 у 2 человек (33%). Вегето-сосудистой дистонией страдал 1 человек.

Подгруппы оказались идентичными по клинико-функциональной характеристике, по результатам большей части психологических тестов, исключая тесты МУН, «Мотивация к успеху», «Измерение мотивации достижения» и «Диагностика надежды на успех» (табл. 20).

Больные первой подгруппы имели самые высокие средние значения по тестам «Измерение мотивации достижения» и МУН, и большинство выявляли преимущественно мотивацию успеха (29 человек, 76%). Вторая и третья подгруппы не выявили различий по мотивационным тестам. Возможно, что основные компоненты мотивационной сферы больных с негативной и промежуточной мотивационной направленностью похожи.

**Частота основных сопутствующих диагнозов в анамнезе у больных
бронхиальной астмой**

Диагноз	1 подгруппа (n=38)		2 подгруппа (n=10)		3 подгруппа (n=6)	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Острый и хронический необструктивный бронхит	15	39,5	2	20	–	–
Хроническая обструктивная болезнь легких	3	–	1	10	–	–
Аллергический и вазомоторный ринит	21	55,3	3	30	2	33,3
Острый и хронический фаринголарингит	10	26,3	3	30	3	50
Острый и хронический синусит (гайморит, фронтит, этмоидит)	5	13,1	2	20	1	16,7
Искривление носовой перегородки	5	13,1	1	10	1	16,7
Атопический дерматит	3	7,9	1	10	–	–
Хроническая герпес-вирусная инфекция	3	7,9	–	–	1	16,7
Хроническая цитомегаловирусная инфекция	2	5,2	1	10	–	–

Примечание (здесь и далее): 1 подгруппа – больные бронхиальной астмой с позитивной мотивационной направленностью; 2 подгруппа – больные бронхиальной астмой с негативной мотивационной направленностью; 3 подгруппа – больные бронхиальной астмой с промежуточной мотивационной направленностью.

Таблица 20

**Сравнительная характеристика усредненных показателей
психологических тестов у больных бронхиальной астмой в зависимости
от мотивационной направленности**

Психологические методики и их показатели	1 подгруппа (n=38)	2 подгруппа (n=10)	3 подгруппа (n=6)
Тест-опросник МУН <i>p1</i> <i>p2</i>	15,66±0,19	10,2±1,11 <0,001*	11,08±0,64 <0,001* 0,59
Тест «Мотивация к успеху» <i>p1</i> <i>p2</i>	18,06±0,3	15,6±1,32 0,11	14,84±0,62 <0,001* 0,62
Тест «Измерение мотивации достижения» <i>p1</i> <i>p2</i>	128,87±1,65	104,8±4,09 0,005*	114,2±3,06 <0,001* 0,19
Шкала оценки потребности в достижении <i>p1</i> <i>p2</i>	1055±0,17	9,6±,024 0,28	10,84±0,39 0,51 0,18
Опросник «Диагностика надежды на успех» <i>p1</i> <i>p2</i>	8,43±0,18	9±0,7 0,54	9,36±0,28 0,03* 0,61
Методика диагностики степени готовности к риску <i>p1</i> <i>p2</i>	-10,54±1,55	-8,8±7,73 0,83	-12,36±3,34 0,64 0,67
Самоопросник для выявления депрессии CES-D <i>p1</i> <i>p2</i>	15,78±0,89	16,5±2,18 0,87	15,73±1,73 0,98 0,83
TAS <i>p1</i> <i>p2</i>	65,2±1,07	72,2±3,52 0,21	69,86±2,19 0,08 0,64

Примечание: *p1*, *p2* – статистическая значимость различия среднего с 1 и 2 подгруппой.

Больные первой подгруппы имели самые высокие средние значения по тестам «Измерение мотивации достижения» и МУН, и большинство выявляли преимущественно мотивацию успеха (29 человек, 76%). Вторая и третья подгруппы не выявили различий по мотивационным тестам. Возможно, что основные компоненты мотивационной сферы больных с негативной и промежуточной мотивационной направленностью похожи.

Предварительно нами было получено информированное согласие пациентов относительно необходимости последующего наблюдения. Намеренно создавалась заинтересованность больных в последующих контактах с врачом. В свою очередь, со стороны исследователей представлялись гарантии конфиденциальности. С представителями каждой группы проводились индивидуальные мотивационные мероприятия в виде специально организованных коротких бесед (короткие мотивационные вмешательства). В ходе беседы внимание фиксировалось на динамике степени заинтересованности, на возникновении «изменения разговора» (заявления о желании что-то изменить в своем поведении).

Спустя 50-60 дней после проведения мотивационных бесед у больных группы E2 (54 человек) проводилась оценка кооперативности и контроля бронхиальной астмы. Были обнаружены следующие закономерности: у 46 больных (85% выборки) бронхиальная астма контролировалась полностью, у 8 больных (15%) – не контролировалась. При этом контроль бронхиальной астмы в группе больных с позитивной мотивационной направленностью улучшился в 35 случаях (92% первой подгруппы). Во второй подгруппе полный контроль демонстрировали 7 человек (70% данной подгруппы). В третьей подгруппе полного контроля достигли 4 человека (67% данной подгруппы).

По данным опросника ОКБА (форма Б III части) отмечалось статистически значимое улучшение ряда показателей кооперативности больных: ОИК — $83,4 \pm 2,1\%$ ($p=0,001$), ОО — $42,4 \pm 5,0\%$ ($p=0,042$), ПБ — $87,4 \pm 8,3\%$ ($p>0,05$). Причем, при

сравнении данных показателей между группами больных в зависимости от ведущей мотивационной направленности отличался только индекс ОО: он оказался выше во второй подгруппе ($47,2 \pm 4,1\%$ против $38,6 \pm 6,3\%$ и $39,2 \pm 2,5\%$, $p=0,03$). Это свидетельствует о том, что осознание опасности, связанной с влиянием бронхиальной астмы на здоровье и жизнь, выше у лиц с негативной мотивационной направленностью и связано с их склонностью фиксировать свое внимание на нежелательных эффектах и последствиях явлений. Средние значения ОИК, отражающие готовность и возможность больных выполнять все врачебные рекомендации в полном объеме, были практически одинаковыми во всех подгруппах: $87,6 \pm 3,8\%$, $83,0 \pm 6,5\%$, $85,8 \pm 2,7\%$, соответственно ($p>0,05$). Данные значения общего индекса кооперативности можно считать хорошими для продуктивного поведения больных в отношении своего заболевания. Потребность в безопасности была одинаково высокой во всех подгруппах: $87,7 \pm 7,2\%$, $89,2 \pm 1,3\%$, $87,1 \pm 4,2\%$, соответственно ($p>0,05$). Данный показатель оставался достаточно стабильным на всех этапах исследования.

В целом, 49 человек (91%) имели на момент осмотра позитивную кооперативность по данным IV части опросника ОКБА. Пациенты отмечали, что им стоила много усилий коррекция привычного стиля поведения, привычек в отношении лечения и регулярного приема препаратов. В беседе наблюдались изменения отношений в сторону более доверительных: пациенты охотнее, чем ранее откликались на приглашение для обследования, признавались в погрешностях режима приема препаратов, отмечалось больше инициативы в ответах на вопросы и в заполнении психологических тестовых методик. Многие больные обращались с конкретными вопросами по поводу препаратов и тактики поведения в отношении бронхиальной астмы. Не исключено благотворное влияние эффекта Хоторна (англ. Hawthorne effect), при котором условия новизны и интереса к эксперименту, повышенное внимание к самому исследованию приводят к положительным результатам. Участники

исследования, взволнованные своей причастностью к нему, «слишком добросовестны», поэтому действуют иначе, чем обычно [266, 339]. Это может исказить реальное положение вещей. Зная о данном феномене, при проведении коротких мотивационных вмешательств мы старались сделать направление беседы менее очевидным, чтобы больные не вели себя непроизвольно или намеренно в соответствии с ожиданиями экспериментатора.

Эффективность применения коротких мотивационных мероприятий у больных бронхиальной астмой

С целью исследования устойчивости достигнутых в результате применения коротких мотивационных вмешательств результатов, больные прошли обследование кооперативности и контроля бронхиальной астмы при катамнестическом наблюдении через 24-26 недель (то есть спустя 6 месяцев).

Выявилось, что у 42 больных (78% выборки) бронхиальная астма контролировалась полностью, у 12 больных (22%) – не контролировалась. При этом контроль бронхиальной астмы в группе больных с позитивной мотивационной направленностью сохранился в 34 случаях (89% первой подгруппы), во второй подгруппе – 5 человек (50% данной подгруппы), в третьей подгруппе – 4 человека (67% данной подгруппы). 9 больных, не контролирующих заболевание, повторно поступили в пульмонологическое отделение с обострением бронхиальной астмы.

По данным опросника ОКБА (форма Б III части) отмечалось статистически незначимое изменение средних показателей кооперативности больных: ОИК – $81,1 \pm 2\%$, ОО – $44,6 \pm 4,9\%$, ПБ – $86,4 \pm 7,1\%$ ($p > 0,05$). Это свидетельствует о том, что показатели кооперативности больных, отражающие готовность и возможность выполнять все врачебные рекомендации в полном объеме, с течением времени оказались устойчивыми. В целом, 43 человека (80%) имели на момент осмотра позитивную кооперативность по данным IV части опросника ОКБА. Регулярный прием препаратов – самое простое

средство в достижении и поддержании контроля бронхиальной астмы.

В беседе больные, выполняющие врачебные рекомендации в полном объеме, положительно оценивали удобство следования определенному режиму приема препаратов (сформирована привычка), отмечали удовлетворенность от своего хорошего самочувствия, отсутствия ночных приступов затрудненного дыхания и кашля. Кроме того, некоторые больные спонтанно отмечали, что им не пришлось увеличивать дозировку ИГКС. В течение катамнестического наблюдения 51 человек (94%) перенесли ОРЗ, с которыми связывали ухудшение самочувствия и потерю контроля бронхиальной астмы. Тем не менее, практически все обследуемые отмечали, что их очень дисциплинировали не только положительные результаты исполнительного лечения и исключения факторов обострения, но и желание показать хорошие результаты при мониторинге состояния.

Таким образом, у больных, не контролирующихся бронхиальную астму, благодаря учету их мотивационной направленности и применению специальных мотивационных вмешательств, удалось сформировать установку на лечение болезни в среднем в 91% случаев, повысить индекс кооперативности пациентов до $73,4 \pm 2,1\%$, вследствие чего, достигнуть контроля бронхиальной астмы у 85% больных. Спустя 6 месяцев катамнестического наблюдения достигнутые в результате применения коротких мотивационных вмешательств кооперативность больных и контроль заболевания оказались устойчивыми в 78% случаев. Однако имеется определенная доля больных (9%), не восприимчивых ни к образовательным, ни к мотивационным влияниям на кооперативность и контроль заболевания.

ГЛАВА 4.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Модель формирования контроля течения бронхиальной астмы

Теоретический анализ литературы и данные настоящего исследования позволяют достроить модель формирования контроля течения бронхиальной астмы.

Факторы, влияющие на контроль бронхиальной астмы:

Социально-демографические факторы:

- Возраст (молодой возраст – фактор риска) [46, 284],
- Гендерная принадлежность (женский пол – снижает контроль) [284],
- Расовая принадлежность (негроидная раса) [284],
- Культуральные особенности (испаноязычные больные США и Латинской Америки, Китай),
- Низкий уровень достатка семьи [3, 326],
- Доступность медицинской помощи [269],
- Доступность лекарственных препаратов [269],
- Стоимость лекарственных препаратов [46],
- Уровень образования,
- Наличие семьи и микроклимат в ней [3],
- Финансовое положение,
- Занятость, наличие работы/учебы [56],

Клинико-функциональные характеристики:

- Своевременность диагностики бронхиальной астмы (ранняя/поздняя),
- Степень тяжести бронхиальной астмы (показатели функции внешнего дыхания) [3, 46, 284],
- Врожденная бронхиальная гиперреактивность [284],

- Повышенная чувствительность к ацетилсалициловой кислоте [284],
 - Длительность заболевания [3, 46],
 - Активность воспалительного процесса в бронхах (состояние мукоцилиарного клиренса) [123],
 - Степень бронхиальной гиперреактивности [69],
 - Применение базисной терапии (комбинированные ингаляционные глюкокортикостероиды), неоптимальная терапия [3, 10, 269],
 - Профилактика обострений бронхиальной астмы (элиминация (устранение) факторов риска, инфекционных заболеваний) [311],
 - Наличие осложнений [3],
 - Постоянная экспозиция бытовых аллергенов [10],
 - Коморбидность (лица с ожирением, сахарным диабетом, ХОБЛ, ИБС, артериальной гипертензией, катарактой, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью) [10, 46, 284],
 - Ранее перенесенные заболевания респираторной системы (вирусные инфекции, выраженные ЛОР-заболевания, пневмония в анамнезе, проводившаяся ранее интубация трахеи) [284],
 - Статус курения (активное, пассивное) [10, 284],
 - Гиподинамия/физическая активность [73],
 - Ожирение [284],
 - Гормональные сдвиги (половое созревание, менопауза) [10],
- Психологические факторы:**
- Психологические проблемы [10],
 - Алекситимия [7],
 - Депрессия [3, 46, 56, 157],
 - Тревога [3, 56, 157],
 - Тип отношения к болезни (неврастенический),
 - Мотивация успеха (низкий уровень),

- Психопатологические и патохарактерологические расстройства личности больных [3],
- Качество жизни [169],
- Инсомния [52],

Кооперативность (приверженность к лечению):

- Степень кооперативности пациентов (комплаенс, приверженность) [3, 10, 157, 320],
- Информированность о закономерностях течения бронхиальной астмы,
- Цели лечения [320],
- Удовлетворенность лечением [212],
- Стабильность и прерывание базисного лечения,
- Сложность приема современных лекарственных препаратов [16],
- Кортикофобия [212, 321],
- Врачебное наблюдение (частота приемов, составление индивидуальных планов управления бронхиальной астмой, определение текущего уровня лечения и контроля для каждого конкретного пациента, коррекция терапии) [176].

Данная модель формирования контроля течения бронхиальной астмы не исчерпывается перечисленными факторами и может быть дополнена или конкретизирована.

ДИСКРИМИНАНТНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Для принятия решения о критерии отбора больных для дополнительных образовательных программ и прогнозирования достижения контроля бронхиальной астмы после обучения в стандартной астма-школе, использовался дискриминантный анализ. В основу деления был положен критерий контроля бронхиальной астмы через 4-6 недель после прохождения обучения в астма-школе. Сохранялось объединение в две группы: группа С – больные с контролируемой бронхиальной астмой; группа D – больные с неконтролируемой бронхиальной астмой.

Вычисления проводились с пошаговым отбором переменных [21]. Исходно в анализ были взяты все переменные, полученные при поступлении в стационар, по которым больные данных групп отличались друг от друга со статистической значимостью менее 0,05. При этом входящие в модель переменные обладали минимальной избыточностью (табл. 21).

Первоначальная модель была представлена следующими переменными: показатели функции внешнего дыхания ($ОФВ_1\%$, $МОС_{50}\%$, $ПОС\%$, $ЖЕЛ\%$, $ИТ\%$) и показатели психологических исследований (данные шкалы оценки потребности в одобрении, теста «Мотивационная направленность», шкалы «депрессия» теста SCL-90-R). Последовательно исключались вначале переменные, имеющие сильные корреляционные связи, затем показатели шкалы «депрессия» теста SCL-90-R в связи с его сильной изменчивостью (субъективная самооценка самочувствия) и сложностью обработки методики.

Окончательная модель (табл. 22) обеспечивает значимую дискриминацию больных бронхиальной астмой на группы с различной кооперативностью ($Wilks' \Lambda=0,765$; $F=7,452$; $p<0,0001$). Выбранные переменные обладают высокими значениями толерантности, что свидетельствует об их незначительной

мультиколлинеарности. По значениям частной Lambda переменные вносили вклад в общую дискриминацию по мере убывания следующим образом: ОФВ₁, мотивационная направленность и степень потребности в достижении.

Таблица 21

Исходный анализ дискриминантных функций клинико-функциональных и психологических признаков контроля бронхиальной астмы

(Wilks' Lambda=0,812; F (8,133)=3,852; p<0,0004)

Переменные	Wilks' Lambda	Частная Lambda	F-исключения (1,133)	p	Толерантность
ОФВ ₁ %	0,812	0,999	0,056	0,814	0,066
ЖЕЛ%	0,815	0,996	0,521	0,471	0,22
МОС ₅₀ %	0,819	0,991	1,236	0,268	0,161
ПОС%	0,813	0,997	0,317	0,574	0,211
ИТ%	0,821	0,988	1,562	0,213	0,178
Показатель теста «Мотивационная направленность»	0,851	0,953	6,465	0,012	0,932
Показатель шкалы оценки потребности в одобрении	0,853	0,951	6,773	0,01	0,933
Показатель шкалы «депрессия» теста SCL-90-R	0,835	0,972	3,793	0,053	0,964

Таблица 22

**Итоги анализа дискриминантных функций клинико-функциональных и психологических признаков контроля бронхиальной астмы
(Wilks' Lambda=0,765; F(6,312)=7,452; p<0,0001)**

Переменные	Wilks' Lambda	Частная Lambda	F-исключения (2,156)	p	Толерантность
ОФВ ₁ %	0,923	0,946	8,864	0,003	0,990
Показатель теста «Мотивационная направленность»	0,913	0,957	7,043	0,009	0,992
Показатель шкалы оценки потребности в одобрении	0,909	0,961	6,255	0,013	0,994

Вычисленная ортогональная дискриминантная функция (канонический корень) по результатам теста χ^2 показывает высокий уровень статистической значимости (p<0,05) (табл. 23).

Таблица 23

Критерий χ^2 с последовательным исключением корней

Удаленные корни	Собственные значения	Канонический R	Wilks' Lambda	χ^2	Степени свободы	p
0	0,145	0,356	0,873	21,17	3	<0,001

Нестандартизованные коэффициенты, образующие дискриминантное уравнение, представлены в таблице 24.

Для интерпретации вклада каждой переменной в результаты дискриминации использовались стандартизованные коэффициенты (табл. 25).

Таблица 24

Нестандартизованные коэффициенты дискриминантной функции

Канонические переменные	Коэффициенты дискриминантной функции
ОФВ ₁ %	0,029
Показатель теста «Мотивационная направленность»	-1,234
Показатель шкалы оценки потребности в одобрении	-1,246
Константа	2,674
Собственные значения	0,145
Общая доля объясняемой дисперсии	1,0

Таблица 25

Стандартизованные коэффициенты дискриминантной функции

Канонические переменные	Коэффициенты дискриминантной функции
ОФВ ₁ %	0,655
Показатель теста «Мотивационная направленность»	-0,587
Показатель шкалы оценки потребности в одобрении	-0,554
Собственные значения	0,145
Общая доля объясняемой дисперсии	1,0

По результатам матрицы факторной структуры (табл. 26) для дискриминантной функции все переменные отмечены факторными нагрузками.

Таблица 26

Матрица факторной структуры дискриминантной функции

Канонические переменные	Факторные нагрузки
ОФВ ₁ %	0,572
Показатель теста «Мотивационная направленность»	-0,560
Показатель шкалы оценки потребности в одобрении	-0,536

При вычислении канонических средних (табл. 27) выяснилось, что группа больных с полным контролем бронхиальной астмы (1 группа) характеризовалась положительным средним, а группа больных с неконтролируемой бронхиальной астмой (2 группа) обнаруживала отрицательное среднее. Анализ средних канонических подтвердил зависимость контроля от значения ОФВ₁.

Таблица 27

Канонические средние переменных

Группы	Дискриминантная функция
1 группа	0,9
2 группа	-0,159

По результатам дискриминантного анализа были рассчитаны функции классификации (табл. 28). Результаты апостериорной классификации обследованных больных бронхиальной астмой указывают на то, что функции классификации (построенные по дискриминантным уравнениям) обеспечивают достаточный процент верных классификаций. Апостериорные вероятности для 1 группы $p=0,85$, для 2 группы $p=0,15$.

Функции классификации больных бронхиальной астмой на группы

Предикторы	Коэффициенты предикторов	
	F1 (p=0,85)	F2 (p=0,15)
ОФВ ₁ %	0,12	0,15
Показатель теста «Мотивационная направленность»	11,78	10,47
Показатель шкалы оценки потребности в одобрении	5,55	4,23
Константа	-25,29	-24,59

Примечание: F1, F2 – результаты функций классификации вида $Fx = \text{предиктор}1 \cdot \text{Козф. предиктора}1 + \dots + \text{предиктор } n \cdot \text{Козф. предиктора } n + \text{константа}$.

Была построена формализованная прогностическая модель степени контроля бронхиальной астмы, в которую вошли следующие 3 предиктора: ОФВ₁, показатели теста «Мотивационная направленность» и шкалы оценки потребности в одобрении (для простоты в уравнениях используются аббревиатура «МНап» и «ОМОд»). Модель описывается следующими двумя функциями классификации (6.1. и 6.2.):

$$F1 = \text{ОФВ}_1\% \times 0,12 + \text{МНап} \times 11,78 + \text{ОМОд} \times 5,55 - 25,29 \quad (3.1.)$$

$$F2 = \text{ОФВ}_1\% \times 0,15 + \text{МНап} \times 10,47 + \text{ОМОд} \times 4,23 - 24,59, \quad (3.2.)$$

где МНап = 1 – негативная мотивационная направленность, МНап = 2 – промежуточная мотивационная направленность, МНап = 3 – позитивная мотивационная направленность; ОМОд = 1 – низкая мотивация одобрения, ОМОд = 2 – средняя мотивация одобрения, ОМОд = 3 – высокая мотивация одобрения.

При вычислениях результат, имеющий наибольшее значение, указывает на принадлежность больного к одной из двух групп: $F1$ – больные с контролируемой бронхиальной астмой (группа C); $F2$ – больные с неконтролируемой бронхиальной астмой (группа D).

Данная прогностическая модель позволяет провести правильную статическую классификацию наблюдений в 85% случаев и дифференцированно подойти к отбору больных бронхиальной астмой на дополнительные (образовательные и мотивационные) программы с целью достижения контроля бронхиальной астмы. В отличие от дискриминантных функций, рассчитанных по выборке обследованных больных и применимых только к ней, функции классификации позволяют определить принадлежность к той или иной группе любого больного из генеральной совокупности [42, 140]. Нами были проведены проверки функций классификации (апостериорные вероятности). Неправильные классификации встречались в 23 случаях (12%). Значит, в 88% случаев больные попадали в прогнозируемую уравнениями группу.

Данные функции классификации позволяют на начальном этапе ведения больных бронхиальной астмой прогнозировать уровень контроля бронхиальной астмы и дискриминировать их на группу «восприимчивых» к обучению лиц для проведения стандартной астма-школы (пятидневная программа) и группу «невосприимчивых» к стандартному обучению. Пациентам, относящимся ко второй группе, требуется ввести в план ведения курс пятидневного стандартного обучения в астма-школе, дополнительной трехдневной программы обучения и/или короткие мотивационные вмешательства.

С целью упрощения практического применения в повседневной практике врача-пульмонолога был разработана форма расчета (в формате Microsoft Excel, версия 14.0.7128.5000), позволяющая после ввода выявленных показателей автоматически получить результаты расчета функций классификации ($F1$ и $F2$) и принадлежность к той или иной группе больных бронхиальной астмой в зависимости от уровня контроля симптоматики (рис. 5).

	А	В
1	Показатели	Ввод показателей
2	ОФВ1%	85
3	Мотивационная направленность	1
4	Потребность в одобрении	1
5	F1	2,24
6	F2	2,86
7	контролируемая БА	ЛОЖЬ
8	неконтролируемая БА	ИСТИНА
9		

Рис. 5. Форма расчета прогноза степени контроля бронхиальной астмы

При вычислениях результат, имеющий наибольшее значение («ИСТИНА» в таблице), указывает на принадлежность больного к одной из двух групп.

АЛГОРИТМ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

На основе полученных нами результатов исследований, а также с учетом литературных данных нами разработан алгоритм повышения кооперативности больных и достижения контроля бронхиальной астмы, который позволяет более полно использовать возможности образовательных и мотивационных программ. Предлагаемый алгоритм основан на анализе кооперативности больных и контроля бронхиальной астмы по результатам очередного этапа мероприятий (рис. 6).

Алгоритм состоит из пяти последовательных этапов повышения кооперативности больных и контроля бронхиальной астмы:

1. Нулевой этап информирования населения о бронхиальной астме. Данный этап включает получение знаний о болезни до постановки диагноза бронхиальной астмы. Нулевой этап обучения оказывает существенное влияние на сотрудничество врача и пациента на основном этапе [17].

2. Информирование о бронхиальной астме и назначение терапии лечащим врачом. Больные при постановке им диагноза бронхиальной астмы получают от лечащего врача информацию о сущности своего заболевания и пользе назначенных препаратов для улучшения прогноза.

3. Астма-школа. Стандартная образовательная программа, благодаря которой больные в доступной форме получают информацию об этиологии, патогенезе, факторах риска, лечении и профилактике болезни, овладевают необходимыми навыками самоконтроля и самоведения [158].

4. Дополнительная астма-школа. Разработанная нами форма приближенного к индивидуальному информированию больных бронхиальной астмой в малых группах. Особенностью данной формы информирования является принцип «следования за пациентом», который реализуется с помощью «прицельного информирования».



Рис. 6. Алгоритм достижения контроля бронхиальной астмы

5. Короткие мотивационные вмешательства. Разработанная нами методика мотивирования больных бронхиальной астмой в виде направленных бесед двух типов: установка на достижение успеха в лечении бронхиальной астмы и установка на избегание симптомов бронхиальной астмы.

6. Обучение и привлечение в процесс лечения родственников больных бронхиальной астмой. Предложенная нами форма передачи части ответственности за выполнение врачебных рекомендаций на родственников больных, «невосприимчивых к обучению».

После каждого этапа информирования больного осуществляется мониторинг его кооперативности и контроля течения заболевания. В случае достижения контроля бронхиальной астмы больной продолжает лечение и выполнение врачебных рекомендаций в прежнем объеме. Для ряда больных весь комплекс мероприятий заканчивается обучением в стандартной астма-школе при достижении контроля бронхиальной астмы. Если же пациент демонстрирует негативную кооперативность и/или недостижение контроля заболевания, рекомендуется откорректировать ранее назначенную терапию, исключить факторы неконтролируемого течения астмы (аллергены, физические факторы, инфекции дыхательной системы, стрессоры, аффективные расстройства и так далее) и направить больного на следующий этап в соответствии с алгоритмом. Данный алгоритм предполагает рациональное применение различных форм информирования и мотивирования для повышения кооперативности больных и достижения контроля бронхиальной астмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бронхиальная астма относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний. Несмотря на значительные достижения в терапии данного заболевания, показатели смертности вследствие бронхиальной астмы ежегодно остаются относительно стабильными, что является основной проблемой для специалистов. С появлением критериев «хорошо контролируемой» бронхиальной астмы появились новые перспективы для разработки терапевтических стратегий ведения пациентов с точки зрения достижения оптимального контроля заболевания. Однако данная проблема до сих пор не имеет реального практического решения. По-прежнему, большинство больных переоценивают результаты терапии, не следуют врачебным назначениям и рекомендациям, нерегулярно принимают препараты и, как следствие, часто лечатся по поводу обострений и осложнений заболевания.

Нами предпринята попытка разобраться в сложностях достижения контроля заболевания и некоторых особенностях формирования данного феномена с использованием педагогических и психологических приемов. Исследование динамики контроля бронхиальной астмы в результате применения различных образовательных и мотивационных мероприятий позволило выявить несколько практически важных закономерностей.

Во-первых, психологическими предикторами недостижения контроля бронхиальной астмы являются: негативная кооперативность больных, низкий «общий индекс кооперативности», тревога, депрессия, алекситимия, неврастенический тип отношения к болезни, низкий уровень мотивации к успеху, выраженная соматизация психопатологических расстройств. Поэтому в комплексное обследование больных бронхиальной астмой мы рекомендуем включать методы экспериментально-психологического исследования: тест TAS («Торонтская алекситимическая шкала»), методику для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ),

опросник выраженности психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Для измерения степени информированности о закономерностях бронхиальной астмы и лечения у больных рекомендуется использовать разработанную анкету-тест «Информированность пациентов о бронхиальной астме». Для измерения степени, компонентов и типа кооперативности больных бронхиальной астмой исходно и в динамике рекомендуется применять разработанный опросник «Оценка кооперативности больных бронхиальной астмой» (ОКБА). С целью повышения навыков интерпретации результатов психологических тестов целесообразно проводить обучение врачей основам клинической психологии.

Во-вторых, больные бронхиальной астмой имеют низкую и среднюю степени информированности о закономерностях течения заболевания. Низкая степень информированности связана с анозогнозическим и эгоцентрическим типами отношения к болезни и отрицательно коррелирует с показателями алекситимии. Обучение по стандартной программе астма-школы рекомендуется проводить у больных бронхиальной астмой без алекситимии, с эргопатическим типом отношения к болезни и высокой мотивацией к успеху, так как их обучение наиболее эффективно. В целом, после обучения в стандартной астма-школе у 57% пациентов повышается кооперативность и в 39% случаев достигается контроль бронхиальной астмы. Построенная формализованная прогностическая модель степени контроля бронхиальной астмы после обучения по стандартной программе астма-школы, описываемая двумя функциями классификации и включающая клиничко-психологические предикторы (ОФВ₁%, показатели теста «Мотивационная направленность» и шкалы оценки потребности в одобрении), позволяет дифференцировано подойти к отбору больных на дополнительные образовательные и мотивационные программы. Однако около 32% больных бронхиальной астмой являются «невосприимчивыми к обучению» по стандартной и дополнительной программам астма-

школы и характеризуются наличием алекситимии, высоким индексом курящего человека и высокой степенью частоты и выраженности гипертонической болезни. Привлечение родственников «невосприимчивых к обучению» больных в процесс лечения и повышение их информированности о заболевании позволяет достигнуть контроля бронхиальной астмы у четверти группы данных больных. Внедрение в лечение бронхиальной астмы комплексной образовательной программы, сочетающей стандартное и дополнительное обучение в астма-школе, а также привлечение в процесс лечения родственников больных позволяет достигнуть полный контроль бронхиальной астмы в 74% случаев. Тем не менее, 26% больных даже после комплекса образовательных программ не достигают контроля болезни.

В-третьих, кооперативность больных, как основной показатель качества взаимодействия пациента с врачом, напрямую влияет на степень достижения контроля бронхиальной астмы и в целом низкая. Предложенный опросник «Оценка кооперативности больных бронхиальной астмой» (ОКБА), благодаря дополнительному включению формы для интервью и вопросов для врачей, позволяет динамически оценивать степень, компоненты и тип кооперативности больных бронхиальной астмой. При проведении лечебно-профилактических мероприятий врачам следует применять стиль взаимодействия с учетом особенностей психологического статуса больных, не контролирующей бронхиальную астму: негативная кооперативность больных, низкий «общий индекс кооперативности», алекситимия, неврастенический тип отношения к болезни, низкий уровень мотивации к успеху, высокая соматизация психопатологических расстройств. Кроме того, спустя 3-6 месяцев после образовательных программ на амбулаторном этапе лечения снижаются кооперативность больных и контроль бронхиальной астмы независимо от степени информированности больных о болезни. Предикторами снижения контроля бронхиальной астмы после образовательных программ являются: мотивация избегания

неудач, негативная мотивационная направленность, надежда на успех, депрессия, алекситимия, выраженная психопатологическая симптоматика.

В-четвертых, мотивационная направленность личности является существенным фактором мотивации к лечению у больных бронхиальной астмой и проявляется в виде стремления к достижению ремиссии или избегания обострения заболевания. Разработанный тест «Мотивационная направленность» является простым в использовании и экономичным способом определения ведущей мотивационно-поведенческой ориентации личности.

Практическим врачам-терапевтам и пульмонологам рекомендуется руководствоваться разработанным алгоритмом повышения кооперативности больных и достижения контроля бронхиальной астмы, который позволяет более полно и рационально использовать возможности образовательных и мотивационных программ. Для повышения эффективности лечения и профилактики обострений бронхиальной астмы в образовательные программы следует вовлекать больных с негативной кооперативностью. Именно они образуют группу риска неудачной терапии, дискредитации методов и лекарственных средств, неполного контроля течения заболевания. Несомненно, что и самооценка лечащего врача, и уверенность в правильности тактики ведения пациентов во многом зависят от кооперативности курируемых больных.

В целом, изложенные в монографии факты подтверждают идею о необходимости поиска и разработки способов воздействия на различные факторы повышения эффективности лечения и достижения контроля бронхиальной астмы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев С.Н. Опросник ACQ – новый инструмент контроля над бронхиальной астмой // Пульмонология. 2011. № 2. С. 93-99.
2. Адо А.Д., Булатов П.К. Клинико-физиологические основы классификации бронхиальной астмы // Материалы к V межобластной научной конференции терапевтов. Этиология, патогенез, клиника и лечение заболеваний органов дыхания / Под ред. П.К. Булатова. Л., 1969. С. 258–265.
3. Акулова М.Н. Контроль течения бронхиальной астмы – клинические, психосоматические соотношения и расстройства личности: дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 197 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Геррус, 2000, 296 с.
5. Александрович Ю.С., Пшениснов К.В., Паршин Е. В. Критерии тяжести поражения легких у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом // Анестезиология и реаниматология. 2014. №1. С. 52-57.
6. Алекситимия (обзор) / В.М. Провоторов и др.// Журн. неврол. и психиатр. 2000. №6. С. 66-69.
7. Алекситимия в структуре личности больных бронхиальной астмой / В.М. Провоторов и др. // Актуальные проблемы пульмонологии: Сборник трудов Всероссийского общества пульмонологов. М., 2000. С. 272-276.
8. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие / Д.Б. Ерьсько и др. СПб., 1994. 15 с.
9. Андрюшенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журн. неврол. и психиатр. 2003. №5. С. 11-17.
10. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА // Пульмонология. 2011. №6. С.87-93.

11. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. М.: Мысль, 1976. 157 с.
12. Афанасьева Л.А. Методологические аспекты управления мотивацией и стимулированием трудовой деятельности компании // Основы экономики, управления и права. 2013. №5 (11). С. 61-65.
13. Бастрыкина О.В. Медико-социальные проблемы мотивации в лечении больных туберкулезом в новых экономических условиях: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002. 172 с.
14. Батурин К.А. Невротические расстройства у больных бронхиальной астмой: дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 159 с.
15. Белевский А.С. Бронхиальная астма: образовательные программы для больных как составная часть лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М, 2000. 44 с.
16. Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Сравнительная характеристика изменений кооперативности и качества жизни больных бронхиальной астмой при использовании различных способов доставки дозированных аэрозолей // Пульмонология. 2003. №2. С.42-48.
17. Беленко Л.В. Бронхиальная астма: влияние обучающих программ на качество жизни больных и сотрудничество с врачом: дис. ... канд. мед. наук, М., 2003. 137 с.
18. Беляничева В.В., Грачева Н.В. Формирование мотивации занятий физической культурой у студентов / Физическая культура и спорт: интеграция науки и практики. Вып. 2. Саратов: ООО Издательский центр «Наука», 2009. URL: <http://refdb.ru/look/2968450.html> (дата обращения: 08.08.2015).
19. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: «Фолиум», 1994. 176 с.
20. Боговин Л.В. Взаимосвязь психологических и клинко-функциональных особенностей холодовой гиперреактивности дыхательных путей у больных бронхиальной астмой: дис. ... канд. мед. наук. Благовещенск, 2007. 188 с.
21. Боговин Л.В. Мотивация к лечению и кооперативность в достижении

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- контроля бронхиальной астмы: дис. ... д-ра. мед. наук. Владивосток, 2015. 259 с.
22. Боговин Л.В. Некоторые особенности психологического портрета больных бронхиальной астмой // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2005. №20. С. 26-30.
23. Боговин Л.В. Психологические особенности кооперативности больных бронхиальной астмой // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26, приложение 1. С. 56.
24. Боговин Л.В. Психологический профиль и невротические расстройства у больных бронхиальной астмой // Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири: Материалы итоговой научно-практической конференции с международным участием / Под ред. В.Т. Манчука, С.В. Смирновой. Красноярск, 2005. Вып.4. С. 445.
25. Боговин Л.В., Перельман Ю.М. Личностные особенности больных бронхиальной астмой с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей / XVII Национальный Конгресс по болезням органов дыхания: Сб. трудов конгресса. Казань, 2007. С. 29..
26. Боговин Л.В., Перельман Ю.М., Колосов В.П. Психологические особенности больных бронхиальной астмой: монография. Владивосток: Дальнаука, 2013. 248 с.
27. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Пробл. туберкулеза и болезней легких. 2009. №2. С. 3-11.
28. Богородская Е.М., Данилова И.Д., Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Пробл. туберкулеза. 2007. №3. С.46-64.
29. Бодалев А.А., Столин В.В., Аванесов В.С. Общая психодиагностика. СПб.: Изд-во «Речь», 2000. 440 с.
30. Бордовская Н. В., Реан А.А. Педагогика: Учебник для вузов. СПб: Питер, 2000. 304 с.
31. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Statistica. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. М.: Информационно-издательский дом «Филинь», 1997. 608 с.
32. Бурминский Д.С. Сравнительное исследование особенностей социально-психического функционирования больных депрессией в

- условиях стационара и поликлиники // Аффективные и шизоаффективные расстройства: Материалы Российской конференции. М., 2003. С. 25.
33. Бушуева Н.А. Влияние медико-социальных факторов, режима лечения и обучения на кооперативность больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 22 с.
34. Взаимосвязь стоматологического статуса, данных самооценки и мотивации к лечению / Е.А. Савина и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т.7, №1. С. 326-327.
35. Викулина И.Н. Бронхиальной астмой можно управлять // Мир Медицины. 1998. №6. URL: <http://medi.ru/doc/8580615.htm> (дата обращения: 14.05.2015).
36. Виллюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М.: Изд-во МГУ, 1990. 288 с.
37. Волков И.П. Спортивная психология в трудах зарубежных специалистов. М.: Советский спорт, 2005. 286 с.
38. Волков И.П. Спортивная психология в трудах отечественных специалистов. СПб.: Питер, 2002. 384 с.
39. Вы можете контролировать астму. Руководство по астме для пациентов. URL: http://www.atmosphere-ph.ru/images/books/GINA_patient-guide_june-2007-rus.pdf (дата обращения: 18.10.2015).
40. Выховски А. Диалоги дыхания: паттерны дыхания как паттерны социального взаимодействия. URL: http://rebirthing.at.ua/index/dialogi_dykhanija_vykhovski/0-44 (дата обращения: 12.11.2015).
41. Гайдаров Г.М., Ростовцева Н.Ю., Музыка Д.Ю. Экономическое стимулирование деятельности первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС // Здоровоохранение. 2005. №4. С.29-40.
42. Гельцер Б.И., Куколь Л.В. Прогнозирование при бронхиальной астме // Пульмонология. 2002. №2. С. 65-72.
43. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М.: Практика, 1999. 460 с.
44. Глембицкая О.В. Фармакоэкономическое обоснование выбора обучающих методик для больных бронхиальной астмой: дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2009. 157 с.
45. Голви Т. Работа как внутренняя игра. Раскрытие личного потенциала

- (The Inner Game of Work: Focus, Learning, Pleasure, and Mobility in the Workplace). М.: «Альпина Паблишер», 2012. 266 с.
46. Головачева Г.А. Сравнительный клинко-экономический анализ затрат на лечение бронхиальной астмы, ассоциированной с сердечно-сосудистыми заболеваниями: дис. ... канд. мед. наук. Благовещенск, 2010. 114 с.
47. Голубев В.Л., Данилов А.Б., Добрушина О.Р. Применение стратегии повышения мотивации пациентов лечению хронической боли // РМЖ. URL: http://www.rmj.ru/articles_7445.htm (дата обращения: 11.12.2015).
48. Государственная поликлиника и самолечение – наш ответ болезням. Пресс-выпуск №2183. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113438> (дата обращения: 15.09.2015).
49. Громыко Д.И. Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинко-психологических характеристик больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002. 22с.
50. Гудвин Д. Исследование в психологии: методы и планирование. СПб.: Питер, 2004. С. 558.
51. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10, №1. С. 13-20.
52. Добрынина И.С. Качество жизни и контроль бронхиальной астмы у пожилых больных с нарушениями сна: дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2012. 20 с.
53. Додонов Б. И. Эмоция как ценность. М., 1978. 272 с.
54. Дубина И.Н. Математические основы эмпирических социально-экономических исследований: Учебное пособие. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2006. 263 с.
55. Дюжева О.А. Педагогические условия формирования учебной мотивации школьников: дис. ... канд. пед. наук. Кострома, 2010. 197с.
56. Евсеева И.П. Сравнительный анализ факторов, влияющих на достижение контроля над бронхиальной астмой в амбулаторной практике, и их прогностическая значимость: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Смоленск, 2014. 17 с.
57. Евсеева И.П., Воронцов К.Е. Оценка кооперативности амбулаторных

- больных бронхиальной астмой на приеме у пульмонолога // Врач-аспирант. Электронный журнал. 2013. URL: <http://vrach-aspirant.ru/articles/pulmonology/13045/> (дата обращения: 28.11.2015).
58. Евсеева И.П., Захарова Ю.В., Воронцов К.Е. Оценка информативности инструментальных и анкетных методов в определении контроля бронхиальной астмы // Вестник новых медицинских технологий. Электронный журнал. 2013, №1. URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4319.pdf> (дата обращения: 28.10.2015).
59. Евсеева И.П., Пунин А.А. Перспективы достижения контроля над бронхиальной астмой в амбулаторной практике г. Смоленска // Врач-аспирант. 2012. №6.3(55) С. 428-433.
60. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2003. 560 с.
61. Енюков И.С. Методы, алгоритмы, программы многомерного статистического анализа. М.: Финансы и статистика, 1986. 232 с.
62. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов: Учебник. 3-е изд., испр. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2004. 336 с.
63. Жестков А.В., Нагаткин Д.А. Проблемы контроля бронхиальной астмы в первичном звене здравоохранения Самарской области // Вестник современной клинической медицины. 2014. Том 7, вып. 2. С. 15-18.
64. Жилиев А.Г. Пограничные психические нарушения у больных тяжелой бронхиальной астмой и их психотерапевтическая коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1991. 26 с.
65. Жолондзь Н.Н., Воронина Н.В. Современные подходы к оценке контроля над бронхиальной астмой в клинической практике // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. №2. С. 13-16
66. Заболевания органов дыхания на Дальнем Востоке России: эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты / В.П. Колосов и др. Владивосток: Дальнаука, 2013. 220 с.
67. Занюк С. Психология мотивации. К.: Эльга-Н; Ника-Центр, 2002. С. 352.
68. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986. 288 с.
69. Иванов А.Ф., Черняк Б.А. Показатели контроля бронхиальной астмы

- и их взаимосвязь с неспецифической гиперреактивностью бронхов у молодых больных // Пульмонология. 2007. №5. С. 19-23.
- 70.Иванова О.Е. Психосоматические и психопатологические аспекты бронхиальной астмы: дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 157 с.
- 71.Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2003. 512 с.
72. Ильинский С.В. Особенности мотивации спортсменов в различных видах спорта // Вестник Самарской гуманитарной академии. 2013. №1(13). С.75-83.
- 73.Карапетян Е.И. Качество жизни больных бронхиальной астмой в аспекте физической реабилитации: дис. ... канд. мед. наук. Благовещенск, 2007. 147 с.
- 74.Кароли Н.А., Ребров А.П. Ошибки диагностики, ведения и лечения больных бронхиальной астмой // Бюллетень Сибирской медицины. 2002. №1. С.89-96.
- 75.Карпов О.И. Фармакоэкономическая изнанка комплаенса основных препаратов сульфонилмочевины // Трудный пациент. 2006. №10. С. 50-53.
- 76.Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 181 с.
- 77.Ким В.С. Тестирование учебных достижений. Уссурийск: Издательство УГПИ, 2007. 214 с.
- 78.Кириченко В.И. Нейрогенная теория патогенеза бронхиальной астмы: современные представления и перспективы // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2001. № 8. С. 82-86.
- 79.Клещева О.А. Кооперативность больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших радикальную дуоденопластику: дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 2007. 317 с.
- 80.Клиническое течение, внутренняя картина болезни и нозогенные реакции у больных бронхиальной астмой / С.И. Овчаренко и др. // Тер. архив. 2001. №3. С. 9-14.
- 81.Княжеская Н.П. Бронхиальная астма: некоторые аспекты диагностики и лечения // Consilium medicum. 2001. Т.3, №12. URL: http://www.c-m.com/media/consilium/01_12/575.shtml (дата обращения: 06.05.2015).
- 82.Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Исикова Х.В. Повышение

- приверженности и мотивации к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертонией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА // Кардиология. 2010. №11. С. 17-26.
83. Ковалев А.Г. Психология личности. М.: Мысль, 1973. 341 с.
84. Ковалев В.И. Мотивы поведения и деятельности. М., 1988. 192 с.
85. Колпаков Я.В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя: дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 199 с.
86. Комплексная оценка уровней достижения контроля над бронхиальной астмой, по критериям GINA, тесту АСТ и показателям клеточного иммунитета / Ю.В. Захарова и др. // Пульмонология. 2010. №2. С. 71-75.
87. Косырев В.Н. Клиническая психология. Тамбов: ТГУ им. Г.Р. Державина, 2003. 451 с.
88. Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В. Роль трудовой мотивации врачей в решении приоритетных направлений оптимизации управления кожно-венерологическими учреждениями // Вестник дерматологии и венерологии. 2008. №5. С. 42-50.
89. Куприянов С.Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методами семейной психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед наук. Л., 1985. 20 с.
90. Куприянов С.Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмы // Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В.К. Мягер, В.П. Козлова, Н.В. Семеновой-Тянь-Шанской. Л., 1983. С. 76-84.
91. Лабораторные методы исследования в клинике / Под ред. В.В. Меньшикова. М.: Медицина, 1987. 367 с.
92. Лакошина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 416 с.
93. Ландышев Ю.С. Бронхиальная астма (нейроэндокринная система, иммунитет, клиника, диагностика, лечение). Благовещенск: АГМА,

2006. 169 с.
94. Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. СПб.: Изд-во: ДЕАН, 2001. 416 с.
95. Ларина Е.А. Структура и динамика мотивационной сферы личности студентов разных направлений профессионального образования: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2010. 29 с.
96. Ленская Л.Г. Эффективный менеджмент как способ достижения контроля над бронхиальной астмой (на модели Томской области): автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Томск, 2004. 45 с.
97. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
98. Леонтьев А.Н. Мотивы и эмоции: Курс лекций. М.: Наука, 2008. С. 78.
99. Лещенко И.В. «Легкое дыхание» как способ доставки лекарственных средств и обеспечения свободного дыхания у больных бронхиальной астмой // CONSILIUM medicum, 2010. Т.12, №11. С.58-62.
100. Лещенко И.В., Кузнецов Е.И., Медведский Е.А. О психологических особенностях больных бронхиальной астмой во время длительной базисной терапии и занятий в «Астма-школе» // Тер. архив. 1999. №3. С.19-21.
101. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Невропатология и психиатрия. 1980. Вып.8. С.1195-1198.
102. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к своей болезни. Методические рекомендации. СПб.: Питер, 2001. 134 с.
103. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984. 226 с.
104. Ломов Б.Ф. Психическая регуляция деятельности: Избранные труды. М.: Институт психологии РАН, 2006. 624 с.
105. Лукьяненко П.И. «Школа артериальной гипертензии» как модель улучшения здоровья населения Сибири и ее место в структуре медицинских учреждений // Рос. кардиол. журнал. 2002. №4. С.72-82.
106. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 3-е изд. М.: Медгиз, 1944. 83 с.
107. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и

- способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10, №1. С.8-12.
108. Луценко М.Т., Бабцев Б.Е. Распространение и характер течения бронхиальной астмы на территории Дальнего Востока. Оценка эффективности лечения // Механизмы этиопатогенеза и пути коррекции неспецифических заболеваний дыхательной системы. Благовещенск, 2005. Т.1. С.137-142.
109. Марютина Т.М. Мотивация с точки зрения психофизиологии. 2009. URL: http://www.elitarium.ru/2009/08/21/motivacija_psikhofiziologija.html (дата обращения: 01.10.2015).
110. Малая медицинская энциклопедия. М.: Медицинская энциклопедия. 1991-1996. URL: http://www.rubricon.com/mme_1.asp (дата обращения: 07.08.2015).
111. Маркова А.К., Матис Т.А., Орлов А.Б. Формирование мотивации учения: кн. для учителя. М.: Просвещение, 1990. 192 с.
112. Марютина Т.М., Кондаков И.М. Психофизиология. Учебник для вузов. М.: МГППУ, 2004. URL: <http://www.ido.rudn.ru/psychology/psychophysiology/index.html> (дата обращения: 18.09.2015).
113. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999. С.78.
114. Маслоу А. Самоактуализация. Психология личности: Тексты. М.: Дом Знаний, 1982. С. 89.
115. Маслоу А. Самоактуализация. Психология личности: Тексты. М.: Дом Знаний, 2008. С. 74.
116. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 300 с.
117. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1998. С. 334-343.
118. Мещерякова И.И., Поливанов В.Г., Белевский А.С Роль пациента в процессе лечения бронхиальной астмы // Атмосфера. 2001. №2. С. 23-25.
119. Многоликая бронхиальная астма, диагностика, лечение и профилактика / Под ред. Г.Б. Федосеева, В.И. Трофимова, М.А. Петровой. СПб.: Нордмедиздат, 2011. 344 с.

120. Моисеева О.Ю. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 2. Психодиагностика характера: Учебно-методическое пособие. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2007. 253 с.
121. Мотивация больного. URL: <http://www.cardiosite.net/2.asp?page=motivation.htm&pid=3&subid=36> (дата обращения: 03.10.2015).
122. Мотивация одобрения. Тест Д. Крауна и Д. Марлоу. URL: <http://www.sovetskonline.ru/tests/8-90-0> (дата обращения: 01.10.2015).
123. Мукоцилиарная недостаточность как фактор риска формирования неконтролируемого течения бронхиальной астмы / А.Н. Одириев и др. // Материалы VIII международной научной конференции «Системный анализ в медицине (САМ 2014)». 2014. С. 197-202.
124. Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 2009. 29 с.
125. Немов Р.С. Психология. Кн.1. М.: ВЛАДОС, 2008. 688 с.
126. Немов Р.С. Психология: Словарь-справочник: В 2 ч. М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. Ч.1. 304 с.
127. Овчаренко С.И., Акулова М.Н. Влияет ли длительное лечение одним комбинированным ингаляционным препаратом на кооперативность больных бронхиальной астмой? 2010. URL: <http://mfvt.ru/vliyaet-li-dlitelnoe-lechenie-odnim-kombinirovannym-ingalyacionnym-preparatom-na-kooperativnost-bolnyx-bronxialnoj-astmoj/> (дата обращения: 08.06.2015).
128. Огородова Л.М., Кобякова О.С. АСТ – новый инструмент для оценки контроля над бронхиальной астмой // Аллергология. 2005. №2. С. 50-53.
129. Огородова Л.М., Черняк А.Б., Иванов А.Ф. Новая стратегия достижения контроля над астмой в действии // Consilium medicum. Экстравыпуск. 2008. С. 6-11.
130. Опросник мотивации достижения Мехрабиана. URL: <http://www.psinside.ru/ndos-714-1.html> (дата обращения: 25.09.2015).
131. Организация и проведение занятий в Астма-школе. Методические рекомендации МЗ и МП РФ №96/93 / А.С. Белевский и др. М., 1996. 24 с.
132. Основы общей психологии: Курс лекций / Под ред. Б.Г. Ананьева.

- СПб.: Речь, 2008. С. 67.
133. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией / В.М. Провоторов и др. // Пульмонология. 2000. №3. С. 30-35.
134. Палеев Н.Р. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Клин. мед. 1997. №9. С. 16-19.
135. Перельман М.И. Больной туберкулезом и врач-фтизиатр // Пробл. туб. 2006. №5. С. 3.
136. Перельман М.И. Основные итоги противотуберкулезной работы в России в 2001 г. // Пробл. туб. 2003. №2. С. 3-11.
137. Перельман Ю.М., Приходько А.Г. Спирографическая диагностика нарушений вентиляционной функции легких: Пособие для врачей: Изд. 2-е, доп. Благовещенск, 2013. 44 с.
138. Подобрий М.В. Достижение полного контроля над заболеванием – приоритетное направление современной фармакотерапии бронхиальной астмы // Украинский медицинский журнал. 2010. Электронная версия. URL: <http://www.umj.com.ua/article/6944/> (дата обращения: 02.06.2015).
139. Принципы мотивационного терапевтического вмешательства при опийной наркомании / Н.Б. Керими и др. // Вопросы наркологии. 1996. №3. С. 23-38.
140. Прогнозирование в пульмонологии / Б.И. Гельцер и др. Владивосток: Дальнаука, 2005. 183 с.
141. Психокардиология / А.Б. Смулевич и др. М.: МИА, 2005. 784с.
142. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман и др. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
143. Психологические механизмы целеобразования / Под. ред. О.К. Тихомирова. М.: Наука, 1977. 258 с.
144. Психологические тесты / сост. С. Касьянов. М.: Эксмо, 2006. 608 с.
145. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 768 с.
146. Пыцкий В.И. Неиммунные механизмы в патогенезе атопической группы заболеваний // Аллергология и иммунология. 2005. Т.6, №1.

- С. 98-105.
147. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2004. 672 с.
148. Ребров А.П., Кароли Н.А. Особенности психики больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журн. 2003. №1. С. 23-26.
149. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. 384 с.
150. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Изд-во Питер, 2002. 720 с.
151. Семенова Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, №1. С. 80-87.
152. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2000. 408 с.
153. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 2000. №3. С. 53-61.
154. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2001. №6. С. 25-28.
155. Сидоренко И.В. Организация и проведение алергошкол в Москве // Лечащий врач. 2002. № 4. С. 14-18.
156. Симонов П.В. Мотивированный мозг. М.: Наука, 1987. 267 с.
157. Скоков М.В. Филатова Ю.И. Компаенс и контроль бронхиальной астмы // Молодой ученый. 2014. №17. С. 195-200.
158. Собченко С.А., Коровина О.В. Опыт работы «Школы для больных бронхиальной астмой» // Пульмонология. 1991. №3. С. 14-19.
159. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 2004. 224 с.
160. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. М.:

- ВНИИТЭМР, 1990. 76 с.
161. Современная терапия бронхиальной астмы / А.В. Емельянов и др. // Российский семейный врач. 2012. Т.16, №2. С. 9-15.
162. Современные проблемы клинической физиологии дыхания: Сборник научных трудов / под ред. Р.Ф. Клемента, В.Л. Лузнецовой. Л., 1987. С. 3-33.
163. Согласованные рекомендации по обоснованию выбора терапии бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких с учетом фенотипа заболевания и роли малых дыхательных путей / С.Н. Авдеев и др. // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2013. №2. С. 15-26.
164. Солондаев В.В., Сумеркина Д.В. Комплаенс в общении врач-больной. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 24.10.2015).
165. Сотрудничество врача с пациентом (кооперативность) и течение заболевания (на модели бронхиальной астмы) / С.И. Овчаренко и др. // Врач. 2006. №12. С. 56-58.
166. Спирографическая диагностика нарушений вентиляционной функции легких: пособие для врачей / Ю.М. Перельман и др. Благовещенск, 2005. 24 с.
167. Стандартизация тестов исследования легочной функции // Пульмонология. 1993. Приложение.
168. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.
169. Строк А.Б., Баширова С.Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой // Качественная клиническая практика. 2008. №3. С. 53-55.
170. Талызина Н.Ф. Формирование познавательной деятельности учащихся: книга для учителя. М.: Просвещение, 1988. 173 с.
171. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
172. Тревожно-фобические расстройства у больных с нарушениями дыхания / М.Ю. Дробижев, С.И. Овчаренко, Э.Н. Ищенко и др. // Журн. неврол. и психиатр. 2001. №5. С.12-15.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

173. Трофимов В.И. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы / Под. ред. А.Г. Чучалина. М.: ООО «НТЦ КВАН», 2005. 52 с.
174. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Обыденные представления как фактор, опосредующий поведение в ситуации болезни // Вестн. Томск. ун-та. Серия: Психология. 2008. №317. С. 243-246.
175. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси, 1961. 210 с.
176. Уровень контроля у больных бронхиальной астмой в клинической практике / И.В.Демко и др. // Пульмонология. 2011. №4. С. 76-79.
177. Фармацевтическая опека – важнейший аспект клинической фармации / И.А. Зупанец и др. // Провизор. 2000. №11. URL: http://www.provisor.com.ua/archive/2000/N11/ph_care.php/ (дата обращения: 04.09.2015).
178. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / А.Г. Чучалин и др. М., 2013. 43с.
179. Федосеев Г.Б. Современное представление о причинах возникновения, особенностях течения и лечения бронхиальной астмы. Актовая речь. Л., 1982. 28 с.
180. Федосеев Г.Б., Коровина О.В., Тенигина Н.Г. Комплексная диагностика различных клинико-патогенетических вариантов бронхиальной астмы // Тер. арх. 1977. №6. С.51-55.
181. Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю. Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде // Тер. архив. 1985. №5. С. 31-36.
182. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. Л.: Медицина, 1988. 272 с.
183. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. 5-е изд. СПб.: Питер, 2003. 651 с.
184. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, №4, С. 91-100.
185. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: В 2 т. Т. 1. М.,1986. 408 с.
186. Цветкова А.Т. Мотивация учения на уроках физики: Методические рекомендации. Шуя, 1991. 36 с.

187. Цветкова Р.И. Мотивационная сфера личности студента: условия и средства ее формирования // Психологическая наука и образование. 2006. №4. С. 76-80.
188. Цветкова Р.И. Мотивационная сфера личности современного студента. Факторы, условия и средства ее формирования в процессе профессионального становления: дис. ... докт. психол. наук. Иркутск, 2007. 530 с.
189. Цой А.Н., Архипов В.В. От клинических исследований к пересмотру стратегии терапии бронхиальной астмы // Consilium medicum. 2005. Приложение №1. С. 2-11.
190. Черненко К.А. Формирование мотивации военно-профессиональной деятельности курсантов вузов инженерных войск: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Нижний Новгород, 2005. 26 с.
191. Черных В.П., Зупанец И.А. Фармацевтическая опека. Курс лекций. 2-е изд., перераб. и доп. Харьков: Фармитек, 2006. 538 с.
192. Чирков В.И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. 1995. №3. С. 116-130.
193. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии (Белая книга) // Рус. мед. журнал. 2004. Т.12, №2. С. 53-58.
194. Чучалин А.Г. Достижения в лечении астмы в России в первой декаде нового тысячелетия // Consilium Medicum. Экстравыпуск. 2010. С. 11-12.
195. Шамрай С.Ю. Мотивация и стимулирование персонала к повышению эффективности функционирования предприятия // Теория и практика общественного развития. 2011. №4. С. 316-319.
196. Шацкий С.Т. Избранные педагогические сочинения. Т.2. М.: Филинь, 2007. С. 48.
197. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М. Владос, 1999. 512 с.
198. Шилов В.В., Черноморец В.В. Материальное благополучие медицинских работников как фактор повышения качества оказания амбулаторной медицинской помощи населению // ГлавВрач. 2006. №3. С. 52-56.
199. Щербань Н.А. Медико-социальная эффективность обучения в астма-школе и влияние образовательных программ на качество

- жизни у больных бронхиальной астмой: дис. ... канд. мед. наук. Благовещенск, 2005. 133 с.
200. Щукина Г.И. Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М.: Просвещение, 1979. 160 с.
201. Эйдемиллер Э.Г, Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
202. Эпов Л.Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 23 с.
203. Эффективность применения индуктора интерферона в период обострения бронхиальной астмы на фоне острой респираторной вирусной инфекции / Е.Л. Лазуткина и др. // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2012. №43. С.23-27.
204. Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. М.: Просвещение, 1988. 224 с.
205. Яковлева О.А., Жамба А.О. Бронхиальная астма: уровень контроля симптомов // Ліки України. 2008. №4. С. 118-120.
206. Acceptability and preference of three inhalation devices assessed by the Handling Questionnaire in asthma and COPD patients / Dal Negro R.W., Povero M. // *Multidiscip. Respir. Med.* 2016. Vol.11. P. 7. doi: 10.1186/s40248-016-0044-5.
207. Achieving asthma control in practice: understanding the reasons for poor control / J. Haughney et al. // *Respir. Med.* 2008. Vol. 102. P. 1681-1693.
208. ACQ-5. URL: <http://www.thoracic.org/assemblies/srn/questionnaires/acq.php> (дата обращения: 15.03.2016).
209. Addition of inhaled long acting beta2 agonists to inhaled steroids as first line therapy for persistent asthma in steroid-naive adults and children. Cochrane database of systematic reviews (Online) / C.M. Ni et al. 2010 (2). URL: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/CD005307.pdf> (дата обращения: 18.12.2015).
210. Adherence to statin treatment and readmission of patients after myocardial infarction: a six year follow up study / L. Wei et al. // *Heart.* 2002. Vol. 88. P. 229-233.

211. Adherence to treatment and monitoring tools: what's new / Maria D., Ilaria B., Paolo S., Fulvio B. // *Minerva Med.* 2016. [Epub ahead of print]
212. Adherence to treatment: Assessment of an unmet need in asthma / I. Baiardini et al. // *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.* 2006. Vol. 16. P. 218-223.
213. Alexander F. Current problems in psychosomatic medicine // *Psychosomatics.* 1964. Vol. 5, №2. P. 330-347.
214. American Pharmacists Association. URL: www.pharmacist.com/ (дата обращения: 22.09.2015).
215. Aronson J.K. Compliance, concordance, adherence // *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2007. Vol. 63, №4. P. 383-384.
216. Association of asthma control with health care utilization and quality of life / W.M. Vollmer et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999. Vol. 160, №5, Pt. 1. P. 1647-1652.
217. Asthma control and differences in management practices across seven European countries / P.A. Vermeire et al. // *Respir. Med.* 2002. Vol. 96. P. 142-149.
218. Asthma Control Questionnaire, ACQ. URL: <http://www.qoltech.co.uk/Asthma1.htm> (дата обращения: 03.08.2015).
219. Asthma Control Test, ACT. URL: <http://www.asthmacontrol.com> (дата обращения: 03.08.2015).
220. Asthma Control Test: Reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists / M. Schatz et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006. Vol. 117, №3. P. 549-556.
221. Asthma Therapy Assessment Questionnaire, ATAQ. URL: <http://www.ataqinstrument.com> (дата обращения: 03.08.2015).
222. Atkinson J.W. An introduction to motivation. Princeton, N.Y.: Van Nostrand, 1964. 360 p.
223. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study / M.R. Partridge et al. // *BMC Pulm. Med.* 2006. Vol. 6, №13. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/6/13> (дата обращения: 04.07.2015).
224. Axelsson M., Ekerljung L., Lundbäck B. The significance of asthma follow-up consultations for adherence to asthma medication, asthma medication beliefs, and asthma control // *Nurs. Res. Pract.* 2015; 139070.

- doi: 10.1155/2015/139070.
225. Bateman E.D. Treatment adherence in asthmatic patients: the last frontier? // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2014. Vol. 134. P. 1269-1270.
226. Bellamy D., Harris T. Poor perceptions and expectations of asthma control: results of the International Control of Asthma Symptoms (ICAS) survey of patients and general practitioners // *Prim. Care Respir. J.* 2005. Vol.14. P. 252-258.
227. Bjermer L. Evidence-based recommendations or «Show me the patients selected and I will tell you the results» // *Respir. Med.* 2006. Vol.100, №1. P.17-21.
228. Borsari B., Carey K.B. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 68, №4. P. 728-733.
229. Boulet L.P. Asthma education what has been its impact? // *Can. Respir. J.* 1998. Vol.5. P. 91-96.
230. Boulet L.P., Boulet V., Milot J. How should we quantify asthma control? A proposal // *Chest.* 2002. Vol. 122, №6. P. 2217-2223.
231. Braman S.S. The global burden of asthma. *Chest.* 2006. Vol. 130, №1. P. 4-12.
232. Braunholtz D.A., Edwards S.J., Lilford R.J. Are randomized clinical trials good for us (in the short term)? Evidence for a «trial effect» // *J. Clin. Epidemiol.* 2001. Vol. 54. P. 217-224.
233. Brautigam W., Christian P. *Psychosomatische Medizin.* Theime, Stuttgart, 1973.
234. British guideline on the management of asthma. URL: <http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/101/> (дата обращения: 12.09.2015).
235. Bronchodilator reversibility testing in chronic obstructive pulmonary disease / P.M.A. Calverley et al. // *Thorax.* 2003. Vol. 58. P. 659-664.
236. Can asthma control be improved by understanding the patient's perspective? / R.Horne et al. // *BMC Pulm. Med.* 2007. Vol. 7, №8. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/7/8> (дата обращения: 12.07.2015).
237. Can guideline defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control Study / E.D. Bateman et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2004. Vol. 170. P. 836-844.

238. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) URL: <http://www.cdc.gov/rus/> (дата обращения: 09.11.2015).
239. Chaloult L. La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique. Montréal: Gaëtan Morin, 2008. 360 p.
240. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study / K.F. Rabe et al. // Eur. Respir. J. 2000. Vol. 16. P.802-807.
241. Cloutier M.M. Asthma management programs for primary care providers: increasing adherence to asthma guidelines // Curr. Opin. Allergy. Clin. Immunol. 2016. Vol.16, №2. P: 142-147. doi: 10.1097/ACI.0000000000000242.
242. Cochrane G.M. Compliance and outcomes in patients with asthma // Drugs. 1996. Vol.52, №6. P. 12-19.
243. Comparison of various methods for reading maximal expiratory flow-volume curves / R. Peslin et al. // Am. Rev. Respir. Dis. 1979. Vol. 119. P. 271-277.
244. Concordance is not synonymous with compliance or adherence / J.S. Bell et al. // Br. J. Clin. Pharmacol. 2007. Vol. 64, №5. P. 710-711.
245. Coutts J.A., Gibson N.A., Paton J.Y. Measuring compliance with inhaled medication in asthma// Arch. Dis. Child. 1992. Vol. 67, №3. P. 332-333.
246. Croisant S. Epidemiology of asthma: prevalence and burden of disease // Advances in Experimental Medicine and Biology. 2014. Vol. 795. P. 1729.
247. Current control and future risk in asthma management / E.J. Sims et al. // Allergy. Asthma Immunol. Res. 2011. Vol. 3. P. 217-225.
248. D'Urzo A. The GOAL study // Can. Fam. Physician. 2006. Vol. 52, №2. P. 187-189.
249. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // Br. J. Psychiatry. 1976. Vol. 128. P. 280-289.
250. Derogatis L.R., Cleary P.A. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation // J. Clin. Psychol. 1977. Vol. 33. P. 981-989.
251. Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma

- Control Test / A.H. Liu et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007. Vol. 119, №4. P. 817-825.
252. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control / E.F. Juniper et al. // *Eur. Respir. J.* 1999. Vol. 14. P. 902-907.
253. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control / R.A. Nathan et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004. Vol. 113, №1. P. 59-65.
254. DiClemente C.C., Velasquez M.M. Motivational interviewing and the stages of change // Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change.* 2nd ed. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York, 2002. P. 201-216.
255. Differences in adherence and non-adherence behaviour patterns to inhaler devices between COPD and asthma patients / Plaza V., López-Viña A., Entrenas L.M. et al. // *COPD.* 2016. Vol.20. P. 1-8.
256. Drug compliance and adherence to treatment / T. Manmohan et al. // *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences.* 2012. Vol.1, №3. P.142-159.
257. Dunbar F. *Emotions and bodily changes.* New York. Aufl. Columbia Univ. Press, 1954.
258. Dunbar J., Mortimer-Stephens M. K. Treatment adherence in chronic disease // *Journal of Clinical Epidemiology.* 2002. Vol. 54, №1. P. 57-60.
259. Effectiveness of combination therapies: real-world versus randomized controlled trials / D. Price et al. // *Prim. Care Respir. J.* 2010. Vol. 19. P. 13.
260. Effects of instruction on inhalation techniques using iPads - Web application «Inhalation Lessons» (на японском) / Kogawa N., Ito R., Gon Y., Maruoka S., Hashimoto S. // *Gan. To Kagaku Ryoho.* 2015. Vol. 42, №12. P. 17-19.
261. Elliott R.A., Marriott J.L. Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments // *BMC Geriatr.* 2009. Vol. 9. P. 27.
262. European Community Respiratory Health Survey. URL: <http://www.ecrhs.org/> (дата обращения: 12.09.2015).
263. Evaluation of asthma control: a questionnaire-based survey in China / N. Su et al. // *Chin. Med. J.* 2014. Vol. 127, №11. P. 2030-2036.
264. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance.* Stanford, California:

- Stanford University Press. 1957. 291 p.
265. Field C., Hungerford D.W., Dunn C. Brief motivational interventions: An introduction // *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 2005. Vol. 59, №3. P. 21-26.
266. Fox N.S., Brennan J.S., Chasen S.T. Clinical estimation of fetal weight and the Hawthorne effect // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2008. Vol.141, №2. P.111-114.
267. Framework for adherence research and translation: a blueprint for the next ten years / US NIH Office of Behavior and Social Sciences Research. 2008. 14. p. URL: http://obssr.od.nih.gov/pdf/Workshop_final_report.pdf. (дата обращения: 12.03.2016).
268. Franke G.H. SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version. Gettingen: Testzentrale, 2002. 329 p.
269. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2015. URL: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_May19.pdf (дата обращения: 26.11.2015).
270. Giraud V, Allaert FA, Roche N. Inhaler technique and asthma: feasibility and acceptability of training by pharmacists // *Respir. Med.* 2011. Vol. 105. P. 1815-1822.
271. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability // *Eur. Respir. J.* 2002. Vol.19. P. 246-251.
272. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R. Lozano et al. // *Lancet*. 2012. Vol. 380, №9859. P. 2095-2128.
273. Global Health Observatory (GHO) / World Health Organization (WHO) / URL: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/ (дата обращения: 14.06.2015).
274. Hathaway S.R., McKinley J.C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Minneapolis, 1960. 72 p.
275. High degree of supervision improves adherence to inhaled corticosteroids in children with asthma / Park G.M., Han H.W., Kim H.S. // *Korean J. Pediatr.* 2015. Vol. 58, №12. P. 472-477. doi: 10.3345/kjp.2015.58.12.472.

276. Howell G. Nonadherence to medical therapy in asthma: risk factors, barriers, and strategies for improving// J. Asthma. 2008. Vol. 45, №9. P. 723-729.
277. Identifying «well-controlled» and «not well-controlled» asthma using the Asthma Control Questionnaire / E.F. Juniper et al. // Respiratory Medicine. 2006. Vol. 100. P. 616-621.
278. Improving quality of care and guideline adherence for asthma through a group self-assessment module / K. Elward et al. // J. Am. Board Fam. Med. 2014. Vol. 27, №3. P. 391-398.
279. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey / R.J. Adams et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2002. Vol. 110, №1. P. 58-64.
280. Inhaler reminders improve adherence with controller treatment in primary care patients with asthma / J.M. Foster et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2014. Vol. 134. P. 1260-1268.
281. Integrated care for asthma: matching care to the patient / L.M. Osman et al. // Eur. Respir. J. 1996. Vol.9, №3. P. 444-448.
282. International Compliance Association (ICA). <http://www.int-comp.org/> (дата обращения: 07.11.2015).
283. Internet-based self-management plus education compared with usual care in asthma: a randomized trial / V. van der Meer et al. // Ann. Intern. Med. 2009. Vol. 151. P. 110-120.
284. Key findings and clinical implications from The Epidemiology and Natural History of Asthma: Outcomes and Treatment Regimens (TENOR) study / B.E. Chipps et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2012. Vol. 130, №2. P. 332-342.
285. King G., Tomz M., Wittenberg J. Making the most of statistical analyses: improving interpretation and presentation // Amer. J. Polit. Sci. 2000. Vol. 44, №2. P. 341-355.
286. Lawton-Smith S. Patient adherence with antidepressant treatment // The British Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 181. P. 78.
287. Liam C.K., Pang Y.K., Chua K.T. Satisfaction level and asthma control among Malaysian asthma patients on Symbicort Maintenance and Reliever Therapy (SMART) in the primary care setting (SMARTTEST study) // Asian Pac. J. Allergy Immunol. 2014. Vol. 32, №2. P. 145-152.

288. Linden M., Schüssler G. Compliance and treatment outcome of antidepressant therapy in private psychiatric practice // *Pharmacopsychiatry*. 1986. Vol. 19. P. 255-256.
289. Lindner P.S., Lindner A.J. Gender differences in asthma inhaler compliance // *Conn. Med.* 2014. Vol. 78, №4. P. 207-210.
290. Madsen K.B. *Modern theories of motivation*. Copenhagen: Munksgaard, 1974. 159 p.
291. McClelland D.C. *Assessing Human Motivation*. NY: General Learning Press, 1971. 520 p.
292. McLean W. An adherence study of prescription refill data, with and without a periodic patient education program // *Can. Pharm. J.* 2007. Vol. 140, №2. P. 104-106.
293. Medical personnel's knowledge of and ability to use inhaling devices. Metered-dose inhalers, spacing chambers, and breath-actuated dry powder inhalers / N.A. Hanania et al. // *Chest*. 1994. Vol. 105, №1. P.111-116.
294. Medicines concordance (involving patients in decisions about prescribed medicines). National Institute for Health and Care Excellence. URL: <http://www.nice.org.uk/> (дата обращения: 08.07.2015).
295. Miller W.R., Rose G.S. Motivational interviewing in relational context // *American Psychologist*. 2010. Vol. 65, №4. P. 298-299. URL: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2010-08987-014> (дата обращения: 18.03.2016).
296. Miller W.R. MI and psychotherapy. *Motivational Interviewing: Training, Research, Implementation, Practice*. 2012. Vol. 1. P. 2-6. URL: <https://doaj.org/toc/2160-584X> (дата обращения: 28.03.2016).
297. Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers // *Behavioral Psychotherapy*. 1983. Vol. 11. P. 147-172.
298. Miller W.R., Rose G.S. Toward a theory of motivational interviewing // *American Psychologist*. 2009. Vol. 64. P. 527-537.
299. Motivational interviewing in medical and public health settings / K. Resnicow et al. // Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. NY, 2002. P. 251-269.
300. National Heart, Lung, and Blood Institute URL: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/asthma/asthma_actplan.htm (дата обращения: 25.10.2015).

301. Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes / L.R. Derogatis et al. // Arch. Gen. Psychiatr. 1971. Vol. 24. P. 454-464.
302. Ngoh L.N. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence // J. Am. Pharm. Assoc. 2003. Vol. 49, №5. P. 132-146.
303. Non-adherence and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure / C.M.J. Cline et al. // European Journal of Heart Failure. 1999. Vol. 1, №2. P.145-149.
304. Noncompliance with scheduled appointments in hypertensive patients: profile of noncompliant patient / F. Pineiro-Chousa et al. // Rev. Clin. Esp. 1998. Vol. 10. P. 669-672.
305. Office of Behavior and Social Sciences Research. Adherence Research Network / U.S. National Institutes of Health. Retrieved. URL: http://obsr.od.nih.gov/scientific_areas/health_behaviour/adherence/ (дата обращения: 09.03.2016).
306. Optimising the management of patients with difficult asthma / E. Palmer, B. Higgins // Practitioner. 2015. Vol. 259, №1787. P. 21-24.
307. Osborne M., Deffebach M. The Epidemiology and natural history of asthma: Outcomes and Treatment Regimens (TENOR) study // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2004. Vol. 92, №1. P. 3-4.
308. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. P. 487-497.
309. Out-of-pocket costs may be a substantial barrier to prescription drug compliance. Harris Interactive. Retrieved. URL: <http://www.prnewswire.com/news-releases/out-of-pocket-costs-are-a-substantial-barrier-to-prescription-drug-compliance-74360902.html> (дата обращения: 09.10.2015).
310. Overall asthma control achieved with budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy for patients on different treatment steps / E. Bateman et al. // Respir Resh. 2011. Vol. 12. P. 38.
311. Overall asthma control and future risk / E.D. Bateman et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2010. Vol. 125, №3. P. 600-608.
312. Patient adherence in the treatment of depression / S. Pampallona et al. // British Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 180. P. 104-109.

313. Pedersen S. From asthma severity to control: a shift in clinical practice // *Prim. Care Respir. J.* 2010. Vol. 19. P. 3-9.
314. Pheulpin M.C. Extensive psychological study in patients with asthma // *Rev. Pneumol. Clin.* 1996. Vol. 52 (4). P. 235-242.
315. Potoczek A. Difficult asthma, stress and panic disorder // *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39, №1. P. 51-66 [in Polish].
316. Prevalence of asthma control among adults in France, Germany, Italy, Spain and the UK / P. Demoly et al. // *Eur. Respir. Rev.* 2009. Vol. 18, №112. P. 105-112.
317. Price D., Fletcher M., van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and LInk to Symptoms and Experience (REALISE) survey // *NPJ Primary Care Respiratory Medicine.* 2014. URL: <http://www.nature.com/articles/nprjpcrm20149> (дата обращения: 26.12.2015).
318. Psychosomatic symptoms in asthmatic children and adolescents / M. Weder et al. // *Agents. Actions. Suppl.* 1993. Vol. 40. P. 27-37.
319. Reddel H.K., Marks G.B., Jenkins C.R. When can personal best peak flow be determined for asthma action plans? // *Thorax.* 2004. Vol. 59, №11. P. 922-924.
320. Rees J. Asthma control in adults // *British Medical Journal.* 2006. Vol. 332. P. 767-771.
321. Relationship among self-reported noncompliance, symptomatology and psychological variables in patients with asthma / C. Put et al. // *J. Asthma.* 2000. Vol. 37, №6. P. 503-510.
322. Repeated cross-sectional survey of patient-reported asthma control in Europe in the past 5 years / P. Demoly et al. // *Eur. Respir. Rev.* 2012. Vol. 21. P. 66-74.
323. Ritz T. Probing the psychophysiology of the airways: physical activity, experienced emotion, and facially expressed emotion // *Psychophysiology.* 2004. Vol. 41, №6. P. 809-821.
324. Santschi V., Chiolero A., Burnier M. Electronic monitors of drug adherence: tools to make rational therapeutic decisions // *Journal of Hypertension.* 2009. Vol. 27, №11. P. 2294-2295.
325. Schafer J.L. Analysis of incomplete multivariate data. Chapman and Hall, 1997. 430 p.

326. Shabangu K., Suleman F. Medicines availability at a Swaziland hospital and impact on patients // *Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med.* 2015. Vol. 7, №1. doi: 10.4102/phcfm.v7i1.829.
327. Shapiro S.S., Wilk M.B., Chen H.J. A comparative study of various tests of normality // *J. Amer. Stat. Assoc.* 1968. №63. P.1343-1372.
328. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* 1973. Vol. 22. P. 255-262.
329. Sifneos P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients // *Psychother. Psychosom.* 1983. Vol. 40, №1-4. P. 66-73.
330. StatSoft, Inc. URL: <http://www.statsoft.com>. (дата обращения 16.09.2015).
331. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice / K.R. Chapman, L.P. Boulet, R.M. Rea, E. Franssen // *Eur. Respir. J.* 2008. Vol. 31, №2. P. 320-325.
332. Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment // *Am. J. Psychiatr.* 1984. Vol. 141, №6. P. 725-732.
333. Technique training does not improve the ability of most patients to use pressurised metered-dose inhalers (pMDIs) / A. Hardwell et al. // *Prim. Care Respir. J.* 2011. Vol. 20. P.92-96.
334. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline – defined asthma control: analysis of multinational cross-sectional survey / M. Thomas et al. // *Prim. Care Respir. J.* 2009. Vol. 18. P. 41-49.
335. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada / M.R. Law et al. // *CMAJ.* 2012. Vol. 184, №3. P. 297-302.
336. The European Severe Asthma Survey. 2007. URL: <http://www.efanet.org/wp-content/documents/SASSurveyFactSheet.pdf> (дата обращения: 06.08.2015).
337. The function of medication beliefs as mediators between personality traits and adherence behavior in people with asthma / M. Axelsson, C. Cliffordson, B. Lundbäck, J. Lötvalld // *Patient Prefer Adherence.* 2013. Vol. 7. P. 1101-1109.
338. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Global Initiative for Asthma (GINA) Program / M. Masoli et al. // *Allergy.* 2004. Vol. 59, №5. P. 469-478.

339. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial / R. McCarney et al. // BMC Med. Res. Methodol. 2007. Vol.7. P. 30.
340. The Living & Breathing Study: a study of patients' views of asthma and its treatment / J. Haughney et al. // Prim. Care. Respir. J. 2004. Vol. 13. P. 28-35.
341. Thomas L.L. Medication adherence and its connection with depression and lifestyle medicine // American Journal of Lifestyle Medicine. 2010. Vol. 4, №5. P. 413-415.
342. Tilson H.H. Adherence or compliance? Changes in terminology // Annals of Pharmacotherapy. 2004. Vol. 38, №1. P. 161-162.
343. Torrieri M. Patient compliance: technology tools for physicians // Physicians Practice, 2012. URL: <http://www.physicianspractice.com/technology/patient-compliance-technology-tools-physicians> (дата обращения: 21.11.2015).
344. Ullman K. Texting boosts OC compliance // MedPage Today, 2012. URL: <http://www.medpagetoday.com/OBGYN/Pregnancy/30465> (дата обращения: 28.11.2015).
345. Update on asthma control in five European countries: results of a 2008 survey / P. Demoly et al. // Eur. Respir. Rev. 2010. Vol. 19. P. 150-157.
346. Usmani O.S. Small airways dysfunction in asthma: evaluation and management to improve asthma control // Allergy Asthma Immunol. Res. 2014. Vol.6, №5. P. 376-388.
347. Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire / E.F. Juniper et al. // Chest. 1999. Vol. 115, №5. P. 1265-1270.
348. Validation, measurement properties and interpretation of the Asthma Control Questionnaire in children / E.F. Juniper et al. // Eur. Respir. J. 2010. Vol. 36. P. 1410-1416.
349. van Schayck O.C. Global strategies for reducing the burden from asthma // Primary Care Respiratory Journal of the General Practice Airways Group. 2013. Vol. 22, №2. P. 239-243.
350. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003. URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf (дата обращения: 28.11.2015).
351. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the

- global asthma insights and reality surveys / K.F. Rabe et al. // J. Allergy Clin. Immunol. 2004. Vol.114. P. 40-47.
352. Yerkes R., Dodson J. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation // J. Comp. Neurol. Psychol. 1908. Vol. 18. P. 459-482.
353. Zweben A., Zuckoff A. Motivational interviewing and treatment adherence // Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York, NY, 2002. P. 299-319.

СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В МОНОГРАФИИ

ACT	– Asthma Control Test, тест по контролю над астмой
ACQ-5	– Asthma Control Questionnaire 5 items-self-administered, Опросник по контролю симптомов астмы
CES-D	– Самоопросник для выявления депрессии (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)
De	- 2 шкала пессимистичности (депрессии) теста СМИЛ
F	- шкала достоверности теста СМИЛ
GINA	– The Global Initiative for Asthma, Глобальная инициатива по бронхиальной астме
Hs	- 1 шкала сверхконтроля (ипохондриии) теста СМИЛ
Hu	- 3 шкала лабильности (истерии) теста СМИЛ
IgE	- иммуноглобулин E
L	- шкала лжи теста СМИЛ
Ma	-9 шкала оптимистичности (гипомании) теста СМИЛ
MF	-5 шкала выраженности мужских и женских черт характера теста СМИЛ
Pa	- 6 шкала ригидности (паранойяльности) теста СМИЛ
Pd	- 4 шкала импульсивности (асоциальной психопатии) теста СМИЛ
Pt	-7 шкала тревожности (психастении) теста СМИЛ
Sc	- 8 шкала индивидуалистичности (шизоидности) теста СМИЛ
Si	- 0 шкала интроверсии (социальной интроверсии) теста СМИЛ
TAS	- Торонтская алекситимическая шкала
K	- шкала коррекции теста СМИЛ
АД	– артериальное давление
БА	– бронхиальная астма
ГКС	– глюкокортикостероиды
ДНЦ	– Федеральное государственное бюджетное научное
ФПД	учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
иГКС	– ингаляционные глюкокортикостероиды
ИКЧ	– индекс курящего человека

СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ИМТ	– индекс массы тела
НК	- негативная кооперативность
ОИК	– общий индекс кооперативности
ОКБА	– опросник «Оценка кооперативности при бронхиальной астме»
ОО	– осознание опасности
ОФВ ₁	- объем форсированного выдоха за 1 секунду
ПБ	– потребность в безопасности
ПК	- позитивная кооперативность
ПОС	- пиковая объемная скорость выдоха
СМИЛ	- стандартизированный многофакторный метод исследования личности
ТК	– текущая кооперативность
УК	– удовлетворенность кооперативностью

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВСТУПЛЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. Современные представления о механизмах формирования и проблемах достижения контроля бронхиальной астмы	8
Понятие кооперативности и мотивации к лечению у пациентов с бронхиальной астмой	24
Способы повышения кооперативности больных	36
ГЛАВА 2. Комплексная клинико-психологическая характеристика динамики контроля бронхиальной астмы	44
Дизайн исследовательской работы	44
Клиническая характеристика обследованного контингента	46
Методы исследования	63
Оценка степени осведомленности больных бронхиальной астмой о своем заболевании	125
Оценка кооперативности у осведомленных о своем заболевании больных бронхиальной астмой	127
Взаимосвязь между психологическими особенностями личности больных и уровнем контроля бронхиальной астмы	137
ГЛАВА 3. Возможности достижения контроля бронхиальной астмы при помощи повышения осведомленности больных	160
Информирование больных о заболевании	160
Анализ эффективности стандартных образовательных программ для больных бронхиальной астмой	163
Применение дополнительной программы обучения в астма-школе	169
Привлечение в процесс лечения родственников больных бронхиальной астмой	171
Динамика кооперативности больных и контроля бронхиальной астмы	175
Влияние мотивационной сферы на кооперативность больных и контроль бронхиальной астмы	180
Исследование особенностей мотивации здоровых лиц и разработка теста «мотивационная направленность»	181
Исследование мотивационной сферы больных бронхиальной астмой	183
Характеристика групп больных бронхиальной астмой в зависимости от типа мотивационной направленности личности	190
Эффективность применения коротких мотивационных мероприятий у больных бронхиальной астмой	198

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 4. Моделирование взаимосвязи факторов, влияющих на формирование контроля течения бронхиальной астмы	200
Модель формирования контроля течения бронхиальной астмы	200
Дискриминантный анализ динамики клинико-функциональных и психологических особенностей больных в зависимости от уровня контроля бронхиальной астмой	203
Алгоритм достижения контроля бронхиальной астмы	211
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	214
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	218
СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	247

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- Боговин
Лариса
Викторовна** Доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник лаборатории
профилактики неспецифических заболеваний легких
Федерального государственного бюджетного
научного учреждения «Дальневосточный научный
центр физиологии и патологии дыхания»
- Виктор
Павлович
Колосов** Член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор,
директор Федерального государственного бюджетного
научного учреждения «Дальневосточный научный
центр физиологии и патологии дыхания
- Юлий
Михайлович
Перельман** Доктор медицинских наук, профессор,
заместитель директора по научной работе
Федерального государственного бюджетного
научного учреждения «Дальневосточный научный
центр физиологии и патологии дыхания»

Дизайн обложки: А.С. Денисенко

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Монография

Изд-во «Дальнаука». 690041, г. Владивосток, ул. Радио, 77.

Отпечатано в типографии «Фабрика рекламы»,
г. Благовещенск, пер Волошина, оф. 5., тел (4162) 377-570

Формат 64×84/16. Усл. печ. л. 29,06. Тираж 500.

Подписано к печати 17.03.2016 г.