



Самоуправление заболеванием и его роль в предупреждении обострений при хронической обструктивной болезни легких

Л. В. КУКОЛЬ¹, Е. А. ТОРКАТЮК^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

²ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» МЗ РФ, Санкт-Петербург, РФ

Самоуправление заболеванием признается в качестве важнейшего инструмента оказания высококачественной медицинской помощи при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и обычно представлено планом действий в качестве ключевого компонента, который помогает пациентам распознавать обострения, чтобы начать лечение на ранней стадии. Умение пациента самостоятельно контролировать и управлять изменениями симптомов заболевания способно влиять на качество жизни, частоту обострений, госпитализаций и летальный исход. Самоконтроль заболевания рекомендуется во всем мире для пациентов с ХОБЛ, программы самоуправления заболеванием представлены в большом количестве исследований, но они неоднородны, а доказательства их эффективности противоречивы. В обзоре рассматриваются различные программы самоуправления заболеванием при обострении ХОБЛ и их эффективность.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, самоуправление заболеванием, обострение

Для цитирования: Куколь Л. В., Торкатюк Е. А. Самоуправление заболеванием и его роль в предупреждении обострений при хронической обструктивной болезни легких // Туберкулез и болезни лёгких. – 2020. – Т. 98, № 2. – С. 57-63. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-2-57-63>

Self-management of the disease and its role in preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease

L. V. KUKOL', E. A. TORKATYUK^{1,2}

¹St. Petersburg University, St. Petersburg, Russia

²St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, Russia

Self-management is recognized as an essential tool for providing high-quality care for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and it is usually presented in the action plan as a key component that helps patients to recognize exacerbations and to start treatment early. The patient's ability to independently control and manage changes in symptoms of the disease can provide impact on the quality of life, frequency of exacerbations, admissions to hospital, and lethal outcome. Self-control of the disease is recommended worldwide for patients with COPD, self-management programs are described in numerous studies but they are heterogeneous and the evidence for their effectiveness is contradictory. The review studies various self-management programs for COPD and their effectiveness.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, self-management of the disease, exacerbation

For citations: Kukol L.V., Torkatyuk E.A. Self-management of the disease and its role in preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2020, Vol. 98, no. 2, P. 57-63. (In Russ.) <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-2-57-63>

Внимание к хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) возрастает во всем мире из-за высоких показателей распространенности, заболеваемости и смертности. После 2020 г. это заболевание будет занимать 5-е место в мире по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе. Ежегодно от ХОБЛ погибают около 3 млн человек, а летальность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин смерти в общей популяции, что составляет около 4% в структуре общей летальности. Бремя ХОБЛ заключается в прогрессирующем снижении функции легких, что приводит к снижению качества жизни (КЖ), инвалидности, повышению затрат ресурсов здравоохранения. В Европейском союзе общие прямые затраты на болезни органов дыхания (БОД) составляют около 6% всего бюджета здравоохранения, а затраты на лечение ХОБЛ достигают 56% от этих затрат (38,6 млрд евро). Около 60-70% всех ресурсов здравоохранения, выделяемых на лечение ХОБЛ, тратятся на лечение обострений, причем не менее половины всех затрат приходится на терапию в условиях стационара [44]. В нашей стране из-за

низкого уровня оказания амбулаторной помощи больным ХОБЛ затраты, связанные с госпитализацией, достигают 74% от общих затрат на ее лечение [1, 2]. Обострения ХОБЛ также являются одной из ведущих причин смертности. В развитых странах госпитальная летальность при обострениях ХОБЛ не превышает 10%, но среди больных, перенесших тяжелое обострение, 43% погибают в течение ближайшего года [9]. Основная доля бремени ХОБЛ по-прежнему обусловлена клинически неконтролируемым течением болезни при высокой частоте обострений. Неэффективность при лечении обострений ХОБЛ в амбулаторных условиях, по разным данным, составляет 13-25% [33]. Согласно исследованию ECLIPSE [17], в котором в течение трех лет наблюдали 2 138 пациентов с ХОБЛ умеренной степени тяжести, 23% больных не имели ни одного обострения за год, а в 12% случаев – 2 обострения в год и более. В исследовании отмечено, что пациенты с 2 и более обострениями в первый год в 70% будут иметь частые обострения и в последующие годы. Таким образом, актуальными задачами организации

медицинской помощи пациентам с ХОБЛ являются уменьшение частоты обострений и госпитализаций, снижение темпов прогрессирования заболевания. Одними из основных инструментов достижения этих целей являются непрерывный мониторинг и управление заболеванием [10, 14].

Самоуправление (СУ) заболеванием при ХОБЛ – предлагаемая в последние годы в медицинской практике концепция. В англоязычной медицинской литературе этот термин обозначается как «self management». Barlow J. et al. [3] предлагают такое определение СУ заболеванием: «...управлять симптомами, лечением, физическими и психосоциальными последствиями и изменениями стиля жизни, присущими жизни с хроническим заболеванием» или «умение управлять своим заболеванием в силу когнитивных, поведенческих и эмоциональных реакций для поддержания удовлетворительного качества жизни». Комплексные программы СУ должны быть сосредоточены на потребностях конкретного пациента и изменении его поведения. Пациенты, которые уверенно и успешно реагируют на определенные события, например, во время обострения, могут более легко модифицировать и поддерживать необходимое поведение. Эффективность СУ должна оцениваться низкими показателями госпитализаций и экстренных внеплановых посещений врача, более короткой продолжительностью госпитализации по сравнению с контрольными группами, улучшением КЖ. Системы здравоохранения больше не должны добиваться полного благополучия, здоровье должно быть сформулировано как «способность адаптироваться и самостоятельно управлять» [13, 15]. Задача медицинских работников и родственников состоит в том, чтобы поощрять больного, обучать его навыкам управления своим заболеванием. Эти навыки относятся к сбору информации, применению лекарственных препаратов, управлению симптомами, регулированию образа жизни. Самоменеджмент – малоисследованная тема у пациентов с ХОБЛ по сравнению с другими хроническими болезнями. СУ не входит даже в Глобальную инициативу по ХОБЛ (Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2019) [16]. Вместе с тем СУ признается в качестве важнейшего критерия оказания высококачественной медицинской помощи при ХОБЛ и представлено в большом количестве исследований [3, 6, 8, 27, 28, 29, 30, 41]. Программа самоконтроля требует как минимум интерактивного процесса взаимодействия между пациентом и врачом, который включает: 1) постановку целей; 2) предоставление обратной связи; 3) обучение решению проблем и принятию решений; 4) обучение использованию планов действий. Программа СУ должна включать следующие компоненты: 1) отказ от курения; 2) самопознание и/или самолечение обострений ХОБЛ; 3) компонент физической активности; 4) обучение справляться с одышкой;

5) принятие решения о дополнительном лечении или необходимости посещения врача [37, 38]. При ХОБЛ СУ заболеванием представлено несколькими направлениями: различные обучающие программы, активная поддержка медицинскими работниками, улучшение КЖ, предупреждение обострений, активные действия пациента при обострении, составление индивидуальных планов ведения заболевания при выписке из стационара и т. д. [4-6]. На выборке из 775 пациентов было показано, что организация дополнительных визитов медицинских работников из центров первичной медицинской помощи к пациентам с ХОБЛ с учетом частоты предыдущих обострений заболевания снижает риск новых обострений. Активное наблюдение пациентов с ХОБЛ двумя клиническими группами, состоящими из врачей общей практики и одного специалиста по респираторной медицине, продемонстрировало более эффективный подход к оказанию долгосрочной медицинской помощи больным ХОБЛ в таких областях, как обучение, самостоятельная помощь и контроль использования медикаментов [36]. Обобщен 3-летний опыт работы с пациентами ХОБЛ по телефону доверия, по которому осуществлялась передача необходимой информации, советов и рекомендаций для пациентов и членов их семьи. Большая часть звонивших пациентов с ХОБЛ (3 000 звонков за 3 года) сообщило об отсутствии знаний о своей болезни и ее лечении. Многие пациенты отмечали чувство собственной вины по поводу заболевания, нехватку времени, информации, а также первичной медицинской помощи и даже предлагали идеи по ее улучшению [24].

Самоуправление при обострении ХОБЛ. Одной из главных задач СУ при ХОБЛ является снижение количества обострений и обусловленных ими госпитализаций. Течение ХОБЛ характеризуется эпизодами ухудшения респираторного здоровья, обозначаемого термином «обострение». Развитие обострений является характерной чертой течения ХОБЛ и одной из самых частых причин обращения больных за неотложной медицинской помощью [10, 33]. Под обострением ХОБЛ понимают «острое событие, характеризующееся ухудшением респираторных симптомов, которое выходит за рамки их обычных ежедневных колебаний и приводит к изменению режима используемой терапии» [16]. Установлено, что пациенты с ХОБЛ переносят от одного до четырех и более обострений в течение года, что служит основной причиной госпитализаций и летальных исходов [7]. Характерно, что в 50-70% случаев обострений пациенты не сообщают о нем врачу [11, 33]. При ХОБЛ количество обострений является конечной точкой оценки течения заболевания, эффективности его лечения и менеджмента. Наличие программ и рекомендаций для самостоятельного определения наступления обострения может помочь их своевременному лечению, тем самым ускоряя выздоровление и снижая риск го-

спитализации. Самостоятельное купирование обострения является потенциалом для снижения его тяжести и обусловленных им расходов [12]. С целью динамического наблюдения и оптимизации медицинской помощи предлагаются программы амбулаторного управления заболеванием, направленные на раннее распознавание и самостоятельное лечение обострения ХОБЛ [6, 18, 26, 34, 35, 42]. Наличие у пациентов индивидуальных планов действия при возникновении ранних симптомов обострения является потенциально эффективным методом предупреждения обострения и госпитализаций [23]. В кокрановском обзоре, посвященном методам СУ при ХОБЛ [26], 75% исследований включают использование плана действий в качестве ключевого компонента, направленного на раннее предотвращение и купирование обострений. Основная цель плана действий – научить пациентов распознать ухудшение симптомов и обострение заболевания на ранней стадии. План действий используется после начала обострения, что приводит к менее серьезным обострениям, которые в свою очередь сопровождаются уменьшением количества госпитализаций. В исследовании Blackaby C. et al. [7] пациенты со стабильной ХОБЛ, которые имели два обострения ХОБЛ или более в предыдущем году, были проинструктированы, как определить признаки и симптомы обострения и начать использовать составленный ранее индивидуальный план лечения. Контроль осуществлялся ежемесячными телефонными звонками пациентам и посещением врача каждые 3 мес. после обострения. В результате применения данной программы частота госпитализаций и обращений с ХОБЛ были ниже, чем в предыдущем году перед началом программы ($M = 0,26$; $SD = 0,6$ против $M = 0,97$; $SD = 1,1$; $p = 0,00$).

Для проведения непрерывного контроля заболевания при ХОБЛ и для принятия решений относительно увеличения или уменьшения терапии в стабильном состоянии чаще всего используются краткие конкретные вопросники SAT (COPD Assessment Test) или CCQ (Clinical COPD Questionnaire) [16, 19]. Эти опросники имеют различия в баллах в пределах одной степени тяжести ХОБЛ, тем самым предполагая их дополняющие свойства. Выявление с их помощью периодов нестабильности симптомов заболевания позволяет осуществлять раннее терапевтическое вмешательство для предотвращения обострений и обеспечения клинической стабильности текущей степени тяжести ХОБЛ. Широкое использование в индивидуализированном менеджменте ХОБЛ в последние годы получают ежедневный электронный дневник EXACT (Exacerbations of COPD Tool) (ранее используемый только в клинических исследованиях для оценки частоты, тяжести и длительности обострений) и его модификация EXACT-PRO (Patient-Reported Outcome) [39]. В Шотландии для престарелых пациентов с ХОБЛ используется

основанная на телефонной связи интерактивная голосовая система (Excelicare; Axsys Technology), которая на постоянной основе регулярно требует от пациентов оценки их симптомов по определенному вопроснику. В случае наличия 2 симптомов и более система отправляет сообщение в медицинский центр, где в течение 3 ч осуществляется телефонная консультация или визит врача. Внедрение данной телемедицинской системы существенно уменьшило число госпитализаций по поводу обострений ХОБЛ [31].

Оценка эффективности программ самоуправления. СУ рекомендуется во всем мире для пациентов с ХОБЛ, хотя вмешательства носят неоднородный характер и доказательства их эффективности противоречивы. Проведена сравнительная оценка эффективности двух различных моделей ведения пациентов с ХОБЛ в общей врачебной практике (15 центров в Нидерландах) на КЖ, частоту обострений. Сравнивались в течение 24 мес. расширенная программа СУ заболеванием как дополнение к обычной терапии, состоящая из четырех консультаций в год с постоянной поддержкой по телефону с помощью медсестры и обычная помощь (в виде рутинного мониторинга и контакта с врачом общей практики по собственной инициативе пациентов). В результате не выявлено преимуществ по КЖ между группами. Вместе с тем оказалось, что пациенты в группе СУ больше способны соответствующим образом управлять обострением (чем пациенты группы традиционного лечения), имели более низкие показатели госпитализаций и экстренных внеплановых посещений и более короткую продолжительность пребывания в стационаре [6]. Еще в одном исследовании пациенты были обучены оперативно выявлять и лечить обострения с постоянной поддержкой в течение 12 мес., 464 пациента были рандомизированы, стратифицированы по возрасту, полу, объему форсированного выдоха за 1-ю с, недавней посещаемости занятий по легочной реабилитации, статусу курения и предыдущим госпитализациям. Первичным результатом были повторные госпитализации и смерть в связи с ХОБЛ, показатели КЖ были вторичным результатом. Не обнаружено различий в частоте госпитализаций в группах (СУ – 111/232 (48%), контрольная группа – 108/232 (47%) ($RR\ 1,05$; 95%-ный ДИ 0,80-1,38). При этом, согласно предварительному анализу, лишь 42% пациентов группы СУ были классифицированы как «успешные самостоятельные менеджеры», остальные – как «неудачные самостоятельные менеджеры». Предикторами успешного самоконтроля являлись более молодой возраст и жизнь с родственниками. Дополнительный анализ групп выявил меньшее число участников, которые научились самостоятельно управлять заболеванием [8].

Большое количество рандомизированных клинических исследований (РКИ) было прекращено преждевременно из-за повышенной смертности

среди пациентов в группе СУ. Проведен систематический обзор, целью которого явилась оценка влияния СУ на смертность [25]. Из 13 477 записей 44 РКИ сообщили о 447 случаях смерти среди 5 522 пациентов. Исследования варьировали по размеру (от $n = 26$ до $n = 743$), вмешательству (от отдельных компонентов до интегрированной помощи) и, как правило, имели мало событий. В целом не было четких доказательств, что СУ увеличивает смертность, а общая оценка благоприятствовала процедурам СУ ($HR = 0,90$; 95%-ный ДИ 0,74-1,09). Подгрупповые анализы среди пациентов с более тяжелым заболеванием, предшествующей госпитализацией ($HR = 0,93$; 95%-ный ДИ 0,72-1,19) или с предоставлением планов действий ($HR = 0,89$; 95%-ный ДИ 0,70-1,12) не различались. Программы СУ при ХОБЛ и оценка их эффективности наиболее полно рассматриваются в 3 систематических обзорах [18, 26, 45], демонстрируя противоречивые результаты. Zwering M. et al. [45] в систематическом кокрановском обзоре оценили 23 исследования с обычным ведением пациентов (контрольная группа) и 6 исследований, в которых используются различные программы (планы) СУ. Статистически значимым оказалось положительное влияние СУ на КЖ, измеряемое анкетой Госпиталя Святого Георга (SGRQ). Кроме того, лица, которые участвовали в СУ, имели меньший риск одной или более респираторных и других причин госпитализации, по сравнению с лицами, которые получили обычную помощь. Никаких эффектов самоконтроля на функцию легких не обнаружено, но одышка при оценке по шкале Medical Research Council Scale (MRC) была значительно меньше в группе СУ. Количество госпитализаций было проанализировано с использованием числа участников с хотя бы одной госпитализацией. Отношение шансов для одной или нескольких обусловленных ХОБЛ госпитализаций указывает на то, что лица с ХОБЛ, которые участвуют в СУ, имеют значительно меньший риск одной или нескольких госпитализаций, что в свою очередь означает снижение риска ухудшения здоровья и снижение затрат на заболевание. В другом кокрановском систематическом обзоре по оценке эффективности программ СУ при ХОБЛ было включено 22 РКИ, опубликованные за период с 1995 г. по май 2015 г., включающие письменный план действий при обострении ХОБЛ с периодом наблюдения от 2 до 24 мес. [26]. В 10 исследованиях (1 799 участников) обнаружен статистически значимый эффект самоконтроля на КЖ, СУ также привело к статистически значимому снижению вероятности респираторных госпитализаций ($OR = 0,69$; 95%-ный ДИ 0,50-0,95). В 13 исследованиях (3 095 участников) отмечена незначительная тенденция к снижению всех причин госпитализации ($OR = 0,74$; 95%-ный ДИ 0,54-1,03). Никакого влияния СУ на смертность не обнаружено в 14 исследованиях (3 205 участников, $OR = 0,00$; 95%-ный ДИ 0,03-0,03). Авторы

данного обзора пришли к заключению, что мероприятия по самоконтролю, которые включают планы действий по предупреждению обострений ХОБЛ, связаны с улучшением КЖ и снижением частоты госпитализаций по поводу респираторных заболеваний, но не влияют на смертность. В систематическом обзоре Walters J. et al. [39] оценили влияние наличия плана действий по ХОБЛ и вклад обучения пациентов с целью начать лечение на ранней стадии. В основных базах данных проводился поиск исследований, сравнивающих использование плана действий с обычным лечением при ХОБЛ. Программа СУ включала: образовательный компонент продолжительностью до 1 ч и ежемесячную поддержку с использованием плана действий. Проанализировано 7 РКИ с периодом наблюдения от 6 до 12 мес. Характеристики участников ($n = 1 550$): 66% мужчин, 27% курильщиков в настоящее время, средний возраст 68 лет, средний постбронхидилататорный ОФВ₁ составил 54%. Использование плана действий снизило совокупную частоту госпитализаций и обращений в отделение неотложной помощи по поводу ХОБЛ в течение 12 мес. ($RR = 0,59$; 95%-ный ДИ 0,44-0,79; 1 РКИ, $n = 743$) и вероятность госпитализации ($OR = 0,69$; 95%-ный ДИ 0,49-0,97; 2 РКИ, $n = 897$). Смертность от всех причин в течение 12 мес. не различалась. Применение пероральных кортикостероидов в течение 12 мес. увеличилось в группе СУ (средняя разница 0,74 курса, 95%-ный ДИ 0,12-1,35; 2 РКИ, $n = 200$). Данный обзор продемонстрировал, что планы действий с кратким обучением пациентов только для лечения обострений ХОБЛ могут быть использованы безопасно и привести к сокращению числа госпитализаций. Еще один немаловажный аспект СУ – это наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с ХОБЛ, что является чаще правилом, чем исключением, так как более чем 90% пациентов с ХОБЛ страдают по крайней мере одним сопутствующим заболеванием (например, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, проблемы с психическим здоровьем) [40]. Следует проявлять осторожность прежде чем экстраполировать использование конкретных планов действий ХОБЛ у пациентов с сопутствующими заболеваниями, так как их наличие связано с повышенным риском любой госпитализации [20, 21]. СУ при ХОБЛ должно быть адаптировано к индивидуальным потребностям каждого пациента и его сопутствующим заболеваниям, что еще больше повысит безопасность вмешательств ХОБЛ в области самоконтроля [32]. С экономической точки зрения анализ затрат и полезности программы SPACE FOR COPD (программа самоконтроля деятельности, преодоления трудностей и образования по сравнению с обычной помощью в течение 6 мес.) продемонстрировал значительное улучшение КЖ в течение шестимесячного периода по сравнению с обычным лечением при небольшом увеличении затрат на 27,18 фунта стерлингов на

пациента и, вероятно, что оно будет экономически эффективным при £ 20 000 QALY [10].

Заключение

Неоднородность программ СУ и пациентов с ХОБЛ, время наблюдения и итоговые результаты раз-

личных исследований затрудняют разработку четких рекомендаций относительно наиболее эффективных методов контроля заболевания и его управления, однако большая часть представленных доказательств в целом вселяет оптимизм, а СУ признается в качестве важнейшего критерия для оказания высококачественной медицинской помощи при ХОБЛ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов В. В. Хроническая обструктивная болезнь легких: фармако-экономические аспекты // Пульмонология. – 2010. – № 4. – С. 99-105.
2. Овчаренко С. И. Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления // Пульмонология. – 2011. – № 6. – С. 69-72.
3. Barlow J., Wright C., Sheasby J. et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review // Patient Educ. Couns. – 2002. – Vol. 48. – P. 177-187.
4. Benzo R., Vickers K., Ernst D. Development and feasibility of a self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease delivered with motivational interviewing strategies // J. Cardiopulm Rehabil Prev. – 2013. – Vol. 33. – P. 113-123.
5. Bischoff E. W., Hamd D. H., Seden M., Benedetti A., Schermer T. R., Bernard S. et al. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery // Thorax. – 2011. – Vol. 66. – P. 26-31.
6. Bischoff E., Akkermans R., Bourbeau J., Weel C. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial // BMJ. – 2012. – Vol. 34. – P. e7642.
7. Blackaby C., Duncan P., Porter A. Managing COPD as a long term condition: Reducing variation and improving quality of care // Eur. Respir. J. – 2012. – Vol. 40 (Suppl. 56). – P. 240-256.
8. Bucknall C. E., Miller G., Lloyd S. M., Cleland J., McCluskey S., Cotton M. et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial // BMJ. – 2012. – Vol. 344. – P. e1060.
9. Chapman K. R., Mannino D. M., Soriano J. B. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J. – 2016. – Vol. 27, № 1. – P. 188-197.
10. Dritsaki M., Johnson-Warrington V., Singh S., Mitchell K., Rees K. An economic evaluation of a self-management programmes for patients with COPD // Eur. Respir. J. – 2015. – Vol. 46. – PA1588.
11. Dwarswaard J., Bakker E. J. M., van Staa, Boeije H. R. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies // Health Expect. – 2015. – Vol. 19, № 2. – P. 104-108.
12. Effing T., Kerstjens H., van der Valk P. Cost-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study // Thorax. – 2009. – Vol. 64. – P. 956-962.
13. Effing T., Bourbeau J., Vercoulen J. et al. Self-management programmes for COPD: moving forward // Chron. Respir. Dis. – 2012. – Vol. 9. – P. 27-35.
14. Esteban C., Arostegu I., Moraza J., Aburto M. Development of a decision tree to assess the severity and prognosis of stable COPD // Eur. Respir. – 2011. – Vol. 38, № 6. – P. 1294-1300.
15. Fan V. S., Gaziano M., Lew R. A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial // Ann. Intern. Med. – 2012. – Vol. 156, № 10. – P. 673-683.
16. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD 2019. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019. <https://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-managementprevent-ion-copd-2019>.

REFERENCES

1. Arkhipov V.V. Chronic obstructive pulmonary disease: pharmaco-economic aspects. *Pulmonologiya*, 2010, no. 4, pp. 99-105. (In Russ.)
2. Ovcharenko S.I. Chronic obstructive pulmonary disease: the real situation in Russia and ways of its improvement. *Pulmonologiya*, 2011, no. 6, pp. 69-72. (In Russ.)
3. Barlow J., Wright C., Sheasby J. et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ. Couns.*, 2002, vol. 48, pp. 177-187.
4. Benzo R., Vickers K., Ernst D. Development and feasibility of a self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease delivered with motivational interviewing strategies. *J. Cardiopulm Rehabil Prev.*, 2013, vol. 33, pp. 113-123.
5. Bischoff E.W., Hamd D.H., Seden M., Benedetti A., Schermer T.R., Bernard S. et al. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. *Thorax*, 2011, vol. 66, pp. 26-31.
6. Bischoff E., Akkermans R., Bourbeau J., Weel C. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *BMJ*, 2012, vol. 34, pp. e7642.
7. Blackaby C., Duncan P., Porter A. Managing COPD as a long term condition: Reducing variation and improving quality of care. *Eur. Respir. J.*, 2012, vol. 40, suppl. 56). pp. 240-256.
8. Bucknall C.E., Miller G., Lloyd S.M., Cleland J., McCluskey S., Cotton M. et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. *BMJ*, 2012, vol. 344, pp. e1060.
9. Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.*, 2016, vol. 27, no. 1, pp. 188-197.
10. Dritsaki M., Johnson-Warrington V., Singh S., Mitchell K., Rees K. An economic evaluation of a self-management programmes for patients with COPD. *Eur. Respir. J.*, 2015, vol. 46, PA1588.
11. Dwarswaard J., Bakker E.J.M., van Staa, Boeije H.R. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expect.*, 2015, vol. 19, no. 2, pp. 104-108.
12. Effing T., Kerstjens H., van der Valk P. Cost-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study. *Thorax*, 2009, vol. 64, pp. 956-962.
13. Effing T., Bourbeau J., Vercoulen J. et al. Self-management programmes for COPD: moving forward. *Chron. Respir. Dis.*, 2012, vol. 9, pp. 27-35.
14. Esteban C., Arostegu I., Moraza J., Aburto M. Development of a decision tree to assess the severity and prognosis of stable COPD. *Eur. Respir.*, 2011, vol. 38, no. 6, pp. 1294-1300.
15. Fan V.S., Gaziano M., Lew R.A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial. *Ann. Intern. Med.*, 2012, vol. 156, no. 10, pp. 673-683.
16. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD 2019. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019. <https://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-managementprevent-ion-copd-2019>.

17. Hurst J. R., Vestbo J., Anzueto A., Locantore N., Müllerova H., Tal-Singer R. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease // *N. Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 363, № 12. – P. 1128-1138.
18. Jolly R., Manbinder Sidhu, Bates E., Majothi S., Sitch A., Bayliss S. et al. Effectiveness of community-based self-management interventions among primary care COPD patients: a systematic review // *Eur. Respir. J.* – 2017. – Vol. 50. – PA3877.
19. Jones P. W. Development and first validation of the COPD Assessment Test // *Eur. Respir. J.* – 2009. – Vol. 34. – P. 648-654.
20. Jonkman N., Westland H., Trappenburg J. C. et al. Towards tailoring of self-management for patients with chronic heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a protocol for an individual patient data meta-analysis // *BMJ*. – 2014. – Vol. 4. – P. e005220.
21. Kaptein A. A., Fischer M. J., Scharloo M. Self-management in patients with COPD: theoretical context, content, outcomes, and integration into clinical care // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2014. – Vol. 9. – P. 907-917.
22. Kennedy A., Bower P., Reeves D. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial // *BMJ*. – 2013. – Vol. 346. – P. 1-11.
23. Kessle R., Casan P., Koehler D., Tognella S. A home-centered disease management program in severe chronic obstructive pulmonary disease (Results of the COPD patient Management European Trial-COMET) // *Eur. Respir. J.* – 2016. – Vol. 48. – PA. OA4806.
24. Kia Soong Tan, Mulligan A., Carroll M., Carson K. Use of telehealth in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) // *The 20th ERS Annual Congress. Barcelona.* – 2010. – № 1320.
25. Lenferink A., Brusse-Keizer M., van der Valk P., Frith P., Zwerink M., Monninkhof E. et al. Effing T. Self-management interventions that include COPD exacerbation action plans improve health-related quality of life. A Cochrane review // *Eur. Respir. J.* – 2016. – Vol. 48. – PA715.
26. Lenferink A., Brusse-Keizer M., van der Valk P. Self management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2017. – Vol. 8. – P. 116-182.
27. Mitchell K. E. A self-management programme for COPD: a randomised controlled trial // *Eur. Respir. J.* – 2014. – Vol. 44. – P. 1538-1547.
28. Monninkhof E., van der Valk P., van der Palen J., van Herwaarden C., Zielhuis G. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Eur. Respir. J.* – 2013. – Vol. 22. – P. 815-820.
29. Newham J. J., Presseau J., Heslop-Marshall K., Russell S., Oladapo J., Netts P. et al. Features of self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review of reviews with meta-analysis // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2017. – Vol. 12. – P. 1705-1720.
30. Padilha M., Machado P., Ribeiro A., Ramos J., Pinho C., Vieira F. Contents of nurse-led interventions for the promotion of self-management in COPD patients: a systematic literature review // *Eur. Respir. J.* – 2018. – Vol. 52. – PA1509.
31. Pinnock H., Hanley J., McCloughan L., Todd A. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial // *BMJ*. – 2013. – Vol. 347. – P. 6070-6078.
32. Oladapo J. O., Russell S., Newham J. J., Heslop-Marshall K., Netts P., Hanratty B. et al. Understanding the factors affecting self-management of COPD from the perspectives of healthcare practitioners: a qualitative study // *Primary Care Respiratory Medicine.* – 2017. – Vol. 27. – P. 54-62.
33. Quint J. K., Donaldson G. C., Hurst J. R., Goldring J. P. Predictive accuracy of patient-reported exacerbation frequency in COPD // *Eur. Respir. J.* – 2011. – Vol. 37. – P. 501-507.
34. Sedeno M. F., Nault D., Hamd D. H., Bourbeau J. A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations // *J. Chronic Obstructive Pulmonary Dis.* – 2009. – Vol. 6, № 5. – P. 352-358.
35. Simpson E., Jones M. C. An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patient // *Br. J. Nurs.* – 2013. – Vol. 22. – P. 1105-1109.
36. Sundh J., Montgomery S., Janson C., Österlund E. Can the organisation of COPD care in primary health care centres help preventing exacerbations in COPD patients? // *Eur. Respir. J.* – 2012. – Vol. 56. – P. 796-798.
17. Hurst J.R., Vestbo J., Anzueto A., Locantore N., Müllerova H., Tal-Singer R. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.*, 2010, vol. 363, no. 12, pp. 1128-1138.
18. Jolly R., Manbinder Sidhu, Bates E., Majothi S., Sitch A., Bayliss S. et al. Effectiveness of community-based self-management interventions among primary care COPD patients: a systematic review. *Eur. Respir. J.*, 2017, vol. 50, – PA3877.
19. Jones P.W. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur. Respir. J.*, 2009, vol. 34, pp. 648-654.
20. Jonkman N., Westland H., Trappenburg J.C. et al. Towards tailoring of self-management for patients with chronic heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a protocol for an individual patient data meta-analysis. *BMJ*, 2014, vol. 4, pp. e005220.
21. Kaptein A.A., Fischer M.J., Scharloo M. Self-management in patients with COPD: theoretical context, content, outcomes, and integration into clinical care. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.*, 2014, vol. 9, pp. 907-917.
22. Kennedy A., Bower P., Reeves D. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2013, vol. 346, pp. 1-11.
23. Kessle R., Casan P., Koehler D., Tognella S. A home-centered disease management program in severe chronic obstructive pulmonary disease (Results of the COPD patient Management European Trial-COMET). *Eur. Respir. J.*, 2016, vol. 48, PA. OA4806.
24. Kia Soong Tan, Mulligan A., Carroll M., Carson K. Use of telehealth in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The 20th ERS Annual Congress. Barcelona.* 2010, no. 1320,
25. Lenferink A., Brusse-Keizer M., van der Valk P., Frith P., Zwerink M., Monninkhof E. et al. Effing T. Self-management interventions that include COPD exacerbation action plans improve health-related quality of life. A Cochrane review. *Eur. Respir. J.*, 2016, vol. 48, PA715.
26. Lenferink A., Brusse-Keizer M., van der Valk P. Self management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2017, vol. 8, pp. 116-182.
27. Mitchell K.E. A self-management programme for COPD: a randomised controlled trial. *Eur. Respir. J.*, 2014, vol. 44, pp. 1538-1547.
28. Monninkhof E., van der Valk P., van der Palen J., van Herwaarden C., Zielhuis G. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.*, 2013, vol. 22, pp. 815-820.
29. Newham J.J., Presseau J., Heslop-Marshall K., Russell S., Oladapo J., Netts P. et al. Features of self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review of reviews with meta-analysis. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.*, 2017, vol. 12, pp. 1705-1720.
30. Padilha M., Machado P., Ribeiro A., Ramos J., Pinho C., Vieira F. Contents of nurse-led interventions for the promotion of self-management in COPD patients: a systematic literature review. *Eur. Respir. J.*, 2018, vol. 52, PA1509.
31. Pinnock H., Hanley J., McCloughan L., Todd A. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*, 2013, vol. 347, pp. 6070-6078.
32. Oladapo J.O., Russell S., Newham J.J., Heslop-Marshall K., Netts P., Hanratty B. et al. Understanding the factors affecting self-management of COPD from the perspectives of healthcare practitioners: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Medicine*, 2017, vol. 27, pp. 54-62.
33. Quint J.K., Donaldson G.C., Hurst J.R., Goldring J.P. Predictive accuracy of patient-reported exacerbation frequency in COPD. *Eur. Respir. J.*, 2011, vol. 37, pp. 501-507.
34. Sedeno M.F., Nault D., Hamd D.H., Bourbeau J. A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. *J. Chronic Obstructive Pulmonary Dis.*, 2009, vol. 6, no. 5, pp. 352-358.
35. Simpson E., Jones M.C. An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patient. *Br. J. Nurs.*, 2013, vol. 22, pp. 1105-1109.
36. Sundh J., Montgomery S., Janson C., Österlund E. Can the organisation of COPD care in primary health care centres help preventing exacerbations in COPD patients? *Eur. Respir. J.*, 2012, vol. 56, pp. 796-798.

37. Tanja W., Effing J. H., Vercoulen A., Bourbeau J. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus // *Eur. Respir. J.* – 2016. – Vol. 48. – P. 46-54.
38. Taylor S., Pinnock H., Epiphaniou E., Pearce G., Parke H. L., Schwappach A. et al. A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions // *Health Serv. Deliv. Res.* – 2014. – Vol. 2. – P. 1-622.
39. Walters J., Howcroft M., Wood-Baker R., Haydn E. Action plans with brief patient education only for exacerbations in COPD: A systematic review // *Eur. Respir. J.* – 2016. – Vol. 48. – PA3788.
40. Van Wetering C. R., Hoogendoorn M., Mol S. J. Short- and long-term efficacy of a community-based COPD management programmes in less advanced COPD: a randomised controlled trial // *Thorax*. – 2010. – Vol. 65. – P. 7-13.
41. Wagg K. Unravelling self-management for COPD: what next? // *Chron. Respir. Dis.* – 2012. – Vol. 9. – P. 5-7.
42. Wagner E. H., Groves T. Care for chronic diseases – The efficacy of coordinated and patient centred care is established, but now is the time to test its effectiveness // *BMJ*. – 2012. – Vol. 325. – P. 913-914.
43. Wakabayashi R., Motegi T., Yamada K., Ishii T., Jones R. C. M., Hyland M. et al. Efficient integrated education for oldepatients with chronic obstructive pulmonary disease using the Lung Information Questionnaire // *Geriatrics and Gerontology International*. – 2011. – Vol. 11, № 4. – P. 422-430.
44. World Health Organisation Noncommunicable disease: fact sheet: World Health Organisation; 2017.
45. <http://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-diseases>.
46. Zwerink M., Brusse-Keizer M., van der Valk P., Zielhuis G., Monninkhof E. M., van der Palen J. et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2014. – Issue 3, № CD002990.
37. Tanja W., Effing J.H., Vercoulen A., Bourbeau J. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur. Respir. J.*, 2016, vol. 48, pp. 46-54.
38. Taylor S., Pinnock H., Epiphaniou E., Pearce G., Parke H.L., Schwappach A. et al. A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. *Health Serv. Deliv. Res.*, 2014, vol. 2, pp. 1-622.
39. Walters J., Howcroft M., Wood-Baker R., Haydn E. Action plans with brief patient education only for exacerbations in COPD: A systematic review. *Eur. Respir. J.*, 2016, vol. 48, PA3788.
40. Van Wetering C.R., Hoogendoorn M., Mol S.J. Short- and long-term efficacy of a community-based COPD management programmes in less advanced COPD: a randomised controlled trial. *Thorax*, 2010, vol. 65, pp. 7-13.
41. Wagg K. Unravelling self-management for COPD: what next? *Chron. Respir. Dis.*, 2012, vol. 9, pp. 5-7.
42. Wagner E.H., Groves T. Care for chronic diseases – The efficacy of coordinated and patient centred care is established, but now is the time to test its effectiveness. *BMJ*, 2012, vol. 325, pp. 913-914.
43. Wakabayashi R., Motegi T., Yamada K., Ishii T., Jones R.C.M., Hyland M. et al. Efficient integrated education for oldepatients with chronic obstructive pulmonary disease using the Lung Information Questionnaire. *Geriatrics and Gerontology International*, 2011, vol. 11, no. 4, pp. 422-430.
44. World Health Organisation Noncommunicable disease: fact sheet: World Health Organisation; 2017.
45. <http://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-diseases>.
46. Zwerink M., Brusse-Keizer M., van der Valk P., Zielhuis G., Monninkhof E. M., van der Palen J. et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, Issue 3, no. CD002990.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
191025, Санкт-Петербург, 21 линия ВО, д. 8а.

Куколь Лидия Владимировна

доктор медицинских наук,
профессор кафедры госпитальной терапии.
Тел.: +7 (812) 321-37-80.
E-mail: lkukol@mail.ru

Торкатюк Елена Александровна

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры госпитальной терапии.
Тел.: +7 (812) 775-75-50.
E-mail: elena.torkatyuk@gmail.com

FOR CORRESPONDENCE:

St. Petersburg University,
8a, 21st VO Line,
St. Petersburg, 191025.

Lidia V. Kukol

Doctor of Medical Sciences,
Professor of Hospital Therapy Department.
Phone: +7 (812) 321-37-80.
Email: lkukol@mail.ru

Elena A. Torkatyuk

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of Hospital Therapy Department.
Phone: +7 (812) 775-75-50.
Email: elena.torkatyuk@gmail.com

Поступила 12.06.2019

Submitted as of 12.06.2019