

УДК 615.218.3

# СОХРАНЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ КАК ГАРАНТИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЛИТ

Павлова К.С., Мдинарадзе Д.С.

ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России; Россия, 115522, г. Москва, Каширское ш., д. 24

**Ключевые слова:** аллерген-специфическая иммунотерапия, сублингвальная иммунотерапия, аллергический ринит, бронхиальная астма, комплаенс, приверженность к терапии, терапевтическое сотрудничество, эффективность аллерген-специфической иммунотерапии

По данным ВОЗ, рекомендации врача выполняют не более 50% пациентов. В конечном итоге это приводит к снижению или отсутствию эффекта от назначаемого лечения. В связи с этим во всех последних международных и национальных руководствах говорится о необходимости учета предпочтений пациента при выборе терапии. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) является одним из основных методов лечения аллергических заболеваний, таких как аллергический ринит, конъюнктивит и атопическая бронхиальная астма, обладает болезнью-модифицирующими свойствами и долгосрочным эффектом после окончания лечения. АСИТ относится к профилактическому и продолжительному методу (рекомендовано на протяжении не менее 3 лет), что часто является причиной снижения приверженности к терапии. В различных исследованиях подтвержден зависимый от дозы аллергена эффект АСИТ, а следовательно, изменение режимов или сокращение сроков терапии могут влиять на конечный результат. При недостаточной эффективности АСИТ необходимо в первую очередь рассматривать вероятность низкого комплаенса. Сублингвальная АСИТ (СЛИТ) требует от пациента высокой вовлеченности в процесс лечения. Задачей врача в данном случае становится повышение терапевтического сотрудничества как одного из важнейших факторов обеспечения эффективности СЛИТ. Основными способами в данном случае являются улучшение понимания пациентом цели терапии и регулярный контроль со стороны врача.

## АСИТ сегодня: проблемы недостаточной частоты использования

Атопические респираторные заболевания, такие как аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), являются хронической патологией и имеют тенденцию к прогрессирующему утяжелению характера со временем. Позднее обращение пациентов к аллергологу и позднее начало адекватной терапии приводят к расширению спектра сенсibilизации, вовлечению в системный аллергический процесс других органов-мишеней и, в конечном счете, к увеличению затрат на терапию [1]. Очевидно, что современные противовоспалительные и симптоматические фармакологические средства имеют высокую эффективность в лечении аллергических заболеваний (АЗ), позволяют контролировать степень тяжести и способствуют повышению качества жизни больных. Однако прекращение фармакотерапии приводит к возобновлению симптомов

болезни и необходимости повторного назначения медикаментов [1].

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с атопическими респираторными заболеваниями показывает, что за редким исключением заболевания, начинающиеся с легких проявлений ринита и/или конъюнктивита, имеют тенденцию к утяжелению проявлений. Около 70% больных с течением времени отмечают усиление выраженности симптомов заболевания и повышение потребности в медикаментах [1]. Часть пациентов (25–30%) отмечают присоединение таких симптомов, как кашель или удушье, около 40% – увеличение продолжительности периода обострения заболевания, у 15% пациентов выявляется сенсibilизация к новым причинно-значимым аллергенам, что приводит к расширению сезона обострения или к круглогодичному характеру течения АЗ [1].

Нередко бывает позднее обращение пациента к специалисту и соответственно позднее начало АСИТ. При этом в многочисленных исследованиях показано, что раннее начало АСИТ может приводить к лучшим результатам в отношении эффективности и возможности предотвращения развития БА [2–5].

*Адрес для корреспонденции*

Павлова Ксения Сергеевна

E-mail: ksenimedical@gmail.com

При проведении анкетирования 2003 человек из общей популяции (TNS survey 2009, France) выявлены 623 больных АР, из них:

- 46% никогда не консультировались у врача;
- 28% консультировались давно (в детстве);
- лишь 26% консультированы врачом (преимущественно общей практики), всем назначено фармакологическое лечение.

В группе пациентов, получающих назначенное врачом фармакологическое лечение, у 73% не удалось достигнуть контроля над симптомами АР; 48% отметили плохое качество жизни (несмотря на лечение). Причин для этого несколько, к самым главным можно отнести следующие:

- низкая приверженность к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями;
- склонность АЗ к прогрессированию и утяжелению выраженности симптомов с течением времени;
- недостаточная эффективность фармакотерапии при тяжелом течении АР.

АСИТ – один из основных методов патогенетического лечения АЗ, связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергии, приводящий к снижению чувствительности организма к причинно-значимому аллергену путем введения возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного больного. Эффективность АСИТ имеет самый высокий уровень доказательности – Ia (мета-анализы рандомизированных контролируемых исследований) и самую высокую степень рекомендаций – А. Проведение АСИТ позволяет уменьшить потребность пациента в противоаллергических препаратах; предупредить трансформацию АР в БА; предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента [1–5]. В недавних исследованиях BREATH по расширению доказательной базы была продемонстрирована возможность трансляции результатов клинических исследований в реальную клиническую практику и необходимость лучшего информирования пациентов о возможностях метода и доступности АСИТ на уровне национальных программ [6–8].

Несмотря на более чем 100-летнюю историю успеха АСИТ, по-прежнему существует дефицит пациентов, получающих это лечение. Также существует проблема приверженности лечению, которую необходимо решать путем оптимизации процессов обучения и подробного консультирования пациентов.

### **Терапевтическое сотрудничество: проблемы низкой приверженности к терапии и возможные пути их решения**

При оценке эффективности любой терапии нельзя не принимать во внимание такую важную составляющую лечебного процесса, как комплаенс. Ранее считалось, что каждый пациент неукоснитель-

но выполняет назначения врача, что в большинстве случаев соответствовало действительности, когда врачи пользовались большим авторитетом [9]. Однако постепенно ситуация изменилась, и внимание медицинского сообщества все чаще стали привлекать случаи несоблюдения больными полученных рекомендаций. В связи с этим в 1976–1979 гг. Sackett и Haynes [10] дали определение понятию «комплаенс», после чего оно стало неотъемлемой частью оценки эффективности лечебного процесса в повседневной клинической практике и при проведении научных исследований.

Ввиду отсутствия единого понимания терминологии значение англицизма «комплаенс» и сходных с ним понятий нуждается в пояснении. Термин «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость) – это мера, характеризующая правильность выполнения больным рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур, изменения образа жизни и т. д. Иногда используются термины «приверженность лечению» (от англ. adherence to medication) или «согласие с лечением» (concordance with medication). Перечисленные термины (комплаенс, приверженность лечению, согласие с лечением) неравнозначны. Понятие «комплаенс» предполагает влиятельное отношение врача к ведению пациента, так как оценивается правильность соблюдения медицинских рекомендаций без учета собственного отношения пациента к лечению [9]. Принцип партнерства, на основании которого рекомендуется выстраивать взаимоотношения врача и больного в настоящее время [11], определяет предпочтительность использования термина «согласие с лечением». Это понятие учитывает точку зрения пациента по отношению к проводимой терапии. Иногда используют понятия, трактовка которых еще более широка: «терапевтическое сотрудничество» и «терапевтический альянс» [9]. Эти термины описывают не только правильность соблюдения больными назначений врача и их согласие придерживаться медицинских рекомендаций, но и качество взаимоотношения пациентов с системой медицинской помощи (например, желание посещать медицинское учреждение, степень доверия к врачу и т. д.).

По оценке ВОЗ, примерно половина всех больных не соблюдают рекомендаций врача [12]. Модели некомплаентного поведения различны. Больной может полностью отказаться от лечения, проводить его нерегулярно, менять дозу лекарственного средства и режим терапии. Национальные особенности менталитета пациентов в России лежат в основе различных вариантов самолечения, когда пациенты не обращаются за помощью к специалистам или принимают те лекарства, от которых, по их мнению, можно получить больше пользы или меньше вреда, чем от препаратов, назначенных врачом.

Качество терапевтического сотрудничества зависит от комплекса различных факторов. Среди них можно выделить следующие группы: психологические особенности больного, клинические особенности заболевания, особенности терапевтической программы, социальные факторы и факторы, связанные с организацией медицинской помощи. В каждой из этих групп есть факторы, способствующие формированию комплаенса и разрушающие его [9].

Идеальным лекарственным средством с точки зрения пациента является некая таблетка, принимаемая однократно, которая быстро и на продолжительное время (предпочтительно навсегда) приводит к улучшению состояния, которая не обладает побочными эффектами и имеет низкую стоимость (еще лучше – бесплатно, в рамках обеспечения социальных гарантий). Однако возможности современной медицины ограничены. В ряде случаев субъективно тягостные симптомы заболевания сохраняются долгое время, и для их ослабления необходимо продолжительное лечение. Несоответствие результатов лечения ожиданиям больного правомерно может привести к возникновению разочарования и появлению сомнения в квалификации врача и правильности проводимой терапии [9]. Больные перестают соблюдать медицинские рекомендации («зачем принимать эти лекарства, если они не помогают»), отказываются от помощи, консультируются у новых специалистов. Продолжительность лечения является важным фактором, влияющим на качество терапевтического сотрудничества, при длительной терапии оно значительно хуже, чем при краткосрочном приеме лекарств [9].

Как раз АСИТ относится к долгосрочному профилактическому лечению, ранний эффект от которого пациент сможет увидеть лишь через 6–12 мес. В данном случае нельзя не учитывать общее правило, что чем длительнее терапия, тем хуже качество комплаенса.

Одним из основных препятствий на пути к формированию терапевтического сотрудничества является развитие побочных эффектов лекарственной терапии. В первую очередь это относится к неожиданным, субъективно тягостным и длительным нежелательным явлениям [9]. Учитывая то, что при проведении АСИТ возможно развитие системных реакций, самой тяжелой из которых является анафилактический шок, отсутствие/недостаточное информирование пациента о возможности таких побочных реакций, частоте их встречаемости и мерах предотвращения, могут возникнуть нежелательные последствия, влияющие на приверженность данному лечению.

### **Комплаенс при АСИТ и способы его улучшения**

В исследовании Vita и соавт. изучали соблюдение режима сублингвальной АСИТ (СЛИТ) у детей [13].

Для этого были отобраны 300 детей в возрасте от 6 до 16 лет, которые страдали АР и/или атопической БА не менее года и им проводилась СЛИТ одним аллергеном. Пациенты были разделены на три группы по 100 человек в каждой группе в зависимости от частоты визитов в клинику: в группе А пациенты приходили на контрольные осмотры 4 раза в год, в группе В – 2 раза в год, в группе С – 1 раз в год. При оценке эффективности СЛИТ лучшие результаты были достигнуты в группе А, что также соответствовало наиболее адекватной приверженности к лечению. Две другие группы (В и С) характеризовались более низким комплаенсом и отказом от проведения СЛИТ в 32,3% случаев в группе В и в 70,4% случаев в группе С. В этом исследовании показано, что основной мерой для улучшения приверженности к СЛИТ является частый контроль со стороны врача, а рекомендованный график визитов – каждые 3 мес (4 раза в год) [13].

В другом исследовании сравнили влияние образовательных программ и степени информированности пациента на приверженность СЛИТ [14]. В исследовании приняли участие 52 взрослых пациента с АР. В первой группе пациенты прослушали 3-часовую лекцию, включающую в себя информацию о заболевании, эффективности СЛИТ, оптимальной продолжительности лечения, побочных эффектах и возможности коррекции дозы аллергена при наличии выраженных оральных симптомов, также пациентам была предоставлена напечатанная инструкция. Пациентам другой группы были даны стандартные устные инструкции по правилам лечения СЛИТ. Далее пациентам проводили лечение сублингвальными аллергенами по стандартной схеме. Все пациенты заполняли дневники и были приглашены на осмотр к врачу через 3 и 6 мес от начала лечения. В первой группе только один пациент прекратил лечение ввиду невозможности ежедневного приема аллергена. Во второй группе 6 человек прекратили СЛИТ из-за побочных реакций, а также несколько пациентов, отметив уменьшение симптомов АР в сезон, отказались от продолжения лечения, посчитав, что необходимости в дальнейшем проведении терапии нет. Таким образом, информированность пациентов обо всех аспектах лечения играет важную роль в сохранении приверженности к СЛИТ [14].

Аналогичные результаты продемонстрированы в исследовании Savi и соавт., которые оценивали причины прекращения СЛИТ, а также разработали план обучения и наблюдения пациентов для улучшения приверженности лечению [15]. Были отобраны 352 пациента, получавших СЛИТ, из них через 4 мес 30% прекратили терапию или не явились на прием к врачу, в основном в связи с развитием побочных реакций. На втором этапе из оставшихся 149 пациентов прошли специальное обучение, а 90 пациентов



продолжили СЛИТ самостоятельно. Контрольный прием через 4 мес показал, что в первой группе прекращение лечения составило 5% против 18% из второй группы. Через год 12% пациентов из первой группы и 35% из второй группы отказались от лечения. Авторы данного исследования пришли к выводу, что адекватное разъяснение особенностей данной терапии и строгое наблюдение за пациентами могут повысить приверженность к СЛИТ [15].

### Выбор метода АСИТ в зависимости от индивидуальных особенностей пациента

Выбор лечебного метода [подкожная АСИТ (ПКИТ) или СЛИТ)] основывается на:

- наличии/отсутствии дополнительных противопоказаний к проведению сублингвального метода;
- индивидуальных характерологических особенностях пациента с учетом комплаенса к терапии;
- возможности соблюдения протокола;
- наличии/отсутствии и выраженности побочных реакций в ходе проведения АСИТ.

Портрет пациента, которому подходит СЛИТ (в том случае, когда пациентом является ребенок, данные индивидуальные особенности должны характеризовать родителя или лицо, которое непосредственно будет выдавать лечебный аллергенный препарат этому ребенку): дисциплинированный, ответственный, уравновешенный, способный принимать решения, пунктуальный, способный к выполнению ежедневных манипуляций на протяжении длительного временного промежутка, открытый, эмоционально стабильный. Необходимо также учитывать приверженность пациента к СЛИТ или ПКИТ как в плане соблюдения протокола, так и в плане установки пациента на эффективность того или иного метода. Большая занятость пациента, удаленность пациента от клиники могут стать причинами редких визитов к врачу, что недопустимо при ПКИТ. Кандидатом на СЛИТ будет являться и пациент, испытывающий боязнь уколов. Выраженные побочные местные реакции в ходе проведения СЛИТ (отеки гортани, обострение БА) являются поводом для пересмотра выбора метода АСИТ и возможного использования ПКИТ. В свою очередь тяжелые системные реакции в анамнезе при проведении ПКИТ указывают на целесообразность проведения СЛИТ.

Таким образом, при выборе метода АСИТ необходимо учитывать индивидуальные характерологические особенности пациента. Оптимизация терапии подразумевает подбор удобного режима приема лекарств и его включение в жизненный стиль больного. Удаленность пациента от клиники, сложный график работы/учебы и другие виды занятости пациента создают предпосылки к редким визитам в клинику, что не подходит для ПКИТ. Пациент, который боится инъекций, является кандидатом на

СЛИТ. Тяжелые системные реакции в анамнезе при проведении ПКИТ указывают на целесообразность проведения СЛИТ.

Важно активное участие пациента (его родителей) в данном вопросе, учет его мнения при выборе метода АСИТ. При соблюдении этого условия у больного появляется чувство ответственности за успех терапии, и он будет лучше следовать тактике лечения, выработанной совместно с врачом. При недостаточной эффективности АСИТ в каждом конкретном случае необходимо в первую очередь рассматривать вероятность низкого комплаенса. Необходимо также учитывать приверженность пациента к СЛИТ или ПКИТ как в плане соблюдения протокола, так и в плане установки пациента на эффективность того или иного метода.

Основными мерами, улучшающими приверженность к СЛИТ, являются контроль со стороны врача (составление графиков визитов не реже 1 раза в 3 мес) и информирование пациента о самом заболевании, эффективности СЛИТ, оптимальной продолжительности лечения, побочных эффектах и возможности коррекции дозы аллергена при наличии выраженных оральных симптомов, а также предоставление напечатанных рекомендаций.

### Информация об источниках финансирования

Финансовой поддержки в настоящей статье не было.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергия и аллерген-специфическая иммунотерапия. Под ред. Гушина И.С., Курбачёвой О.М. М.: Издательство «Фармарус Принт Медиа». 2010:228 [Allergiya i allergen-spetsificheskaya immunoterapiya. Pod red. Gushchina I.S., Kurbachevoy O.M. M.: Izdatelstvo «Farमारус Print Media». 2010:228].
2. Eifan AO, Calderon MA, Durham SR. Allergen immunotherapy for house dust mite: clinical efficacy and immunological mechanisms in allergic rhinitis and asthma. *Expert Opin Biol Ther.* 2013;13(11):1543-1556. DOI: 10.1517/14712598.2013.844226.
3. Jutel M, Agache I, Bonini S, Burks AW, Calderon M, Canonica W. International Consensus On (ICON) Allergy Immunotherapy (AIT). *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136(3):556-568. DOI: 10.1016/j.jaci.2015.04.047.
4. Jutel M, Agache I, Bonini S, Burks AW, Calderon M, Canonica W. International Consensus On (ICON) Allergy Immunotherapy (AIT) II: mechanisms, standardization and pharmacoconomics. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;137:358-368. DOI: 10.1016/j.jaci.2015.12.1300.
5. Novembre E, Galli E, Landi F, Caffarelli C, Pifferi M, De Marco E. Coseasonal sublingual immunotherapy reduces the development of asthma in children with allergic rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114:851-857. DOI: 10.1016/j.jaci.2004.07.012.
6. Wahn U, Bachert C, Heinrich J, Richter H, Zielen S. Real-world benefits of allergen immunotherapy for birch pollen



# ОТКРЫВАЯ НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ



Уникальный состав из 5-ти трав

Правильная доза 300 ИР

Предсезонно-сезонный  
протокол

Таблетированный аллерген

Просто и легко применять

## ОралеЙр®

100 ИР & 300 ИР или 300 ИР сублингвальные таблетки

### Создан для свободы

STALLERGENES  GREER

#### ИЗБРАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ

ОРАЛЕЙР® — эликсир аллергена из смеси пыльцы трав (ежа сборная, колосок душистый обыкновенный, плевел многолетний, мятлик луговой, тимopheвка луговая) ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ: Повышенная чувствительность к одному из вспомогательных веществ (см. перечень вспомогательных веществ); Терапия бета-блокаторами; Неконтролируемая или тяжелая бронхиальная астма (объем форсированного выдоха менее 70 %); Тяжелые иммунодефициты и аутоиммунные заболевания; Онкологические заболевания; Воспалительные заболевания слизистой оболочки рта (эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, изъязвления, микозы); Наследственная непереносимость галактозы, лактазная недостаточность Лапла, нарушением всасывания глюкозы и галактозы. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ: Умеренно выраженные местные реакции (отек в ротовой полости или ощущение дискомфорта во рту) могут проявляться в первые три дня приема препарата и проходить самостоятельно без изменения схемы лечения. Со стороны иммунной системы: аллергические реакции. Со стороны ЦНС и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, изменение вкусовых ощущений, парестезия. Со стороны органа зрения: конъюнктивит, гиперемия. Со стороны органа слуха: зуд ушей, заложенность уха. Со стороны дыхательной системы: раздражение в горле, затрудненное дыхание, отек, симптомы ринита, боль в горле, кашель, удушье, дисфония. Со стороны желудочно-кишечного тракта: зуд, отек, воспаление, ощущение онемения, покалывание в ротовой полости, усиленное слюноотделение, сухость во рту, губ, везикулезные высыпания во рту, на губах, глоссодиния, желудочно-кишечные расстройства, воспаление в желудочно-кишечном тракте. Со стороны кожи и подкожных тканей: отечность лица, зуд, крапивница, ангионевротический отек, экзема. Общие расстройства: усталость, чувство тревоги. Пациент должен сообщать лечащему врачу обо всех побочных эффектах. При появлении таких симптомов как отек в горле, затрудненное глотание или дыхание, изменение голоса следует прекратить прием препарата и немедленно обратиться к врачу. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ И МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ: При хирургических операциях в полости рта (включая удаление зубов) следует прервать терапию до полного излечения (по крайней мере в течение 7 дней). В случае развития тяжелых аллергических реакций врач может рекомендовать прием эпинефрина. Иммунотерапию можно проводить взрослым и детям с 5-летнего возраста. Перед назначением препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем.



- associated allergic rhinitis and asthma. *Allergy*. 2018;00:1-11. DOI: 10.1111/all.13598.
7. Kiel MA, Roder E, van Gerth WR et al. Real-life compliance and persistence among users of subcutaneous and sublingual allergen immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132(2):353-360.
  8. Zielen S, Devillier P, Heinrich J, Richter H, Wahn U. Sublingual immunotherapy provides long-term relief in allergic rhinitis and reduces the risk of asthma: a retrospective, real-world database analysis. *Allergy*. 2018;73(1):165-177. DOI: 10.1111/all.13213.
  9. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003:212.
  10. Sackett DL, Haynes RB. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In: *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1976:1-25.
  11. Данилов ДС. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;2:4-12 [Danilov DS. Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplaens): sodержanie poniatii, mekhanizmy formirovaniia i metody optimizatsii. *Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2014;2:4-12 (In Russ.)].
  12. Ястребов ВС. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии. *Психиатрия*. 2012;4(56):7-13 [Iastrebov VS. Problemy paternalizma i partnerstva v psikhiatrii. *Psikhiatriia*. 2012;4(56):7-13 (In Russ.)].
  13. Vita D, Caminiti L, Ruggeri P et al. Sublingual immunotherapy: adherence based on timing and monitoring control visits. *Allergy*. 2010;65(5):668-669.
  14. Incorvaia C, Rapetti A, Scurati S, Puccinelli P, Capece M, Frati F. Importance of patient's education in favouring compliance with sublingual immunotherapy. *Allergy*. 2010;65:1341-1342. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2010.02347.x.
  15. Savi E, Peveri S, Senna G, Passalacqua G. Causes of SLIT discontinuation and strategies to improve the adherence: a pragmatic approach. *Allergy*. 2013;68:1193-1195.

Статья поступила 13.05.2019 г., принята к печати 20.05.2019 г.  
Рекомендована к публикации Т.В. Латышевой

#### Информационная страница

Павлова Ксения Сергеевна, ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, г. Москва, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения бронхиальной астмы.

Мдинарадзе Дарья Семеновна, ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, г. Москва, ординатор отделения бронхиальной астмы.

#### Дополнительные утверждения

Авторы согласны на публикацию представленной работы.

Авторы подтверждают, что данная рукопись в настоящее время не представлена для публикации в другие издания и не была принята для публикации в других изданиях.

## RETENTION ADHERENCE TO THERAPY AS A GUARANTEE OF THE SLIT EFFICACY

Pavlova K.S., Mdinardze D.S.

NRC Institute of Immunology FMBA of Russia; 24, Kashirskoe shosse, Moscow, 115522, Russia

*Key words:* allergen immunotherapy, AIT, sublingual AIT, SLIT, allergic rhinitis, AR, bronchial asthma, compliance, adherence to therapy, therapeutic cooperation, AIT efficacy

According to WHO at last 50% of the patient don't follow doctor's recommendations. Ultimately, this leads to a decrease or absence of the treatment effect. In this regard, all the latest international and national guidelines mention the need to take into account the patient's preferences in the choice of therapy. Allergen-specific immunotherapy (AIT) is one of the main methods of treatment of allergic diseases such as allergic rhinitis, allergic conjunctivitis and atopic asthma, and has disease modifying properties and the long-term efficacy after stop treatment. AIT refers to a preventive and long-term method (recommended for at least 3 years), that is often the cause of reduced adherence to therapy. Various studies have confirmed the dose-dependent effect of AIT, and, consequently, changes in regimens or shortening of therapy may affect the end result. In case of insufficient effectiveness of AIT, the probability of low compliance should be considered first of all. Sublingual AIT (SLIT) requires the patient to be highly involved in the treatment process. The task of the doctor in this case is increasing therapeutic cooperation, as one of the most important factors to ensure the effectiveness of SLIT. The main methods in this case are to improve the patient's understanding of the purpose of the therapy and regular monitoring by the doctor.