

Оценка уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста

А.С. Белевский, Н.П. Княжеская, Ю.К. Новиков

В последние десятилетия во многих областях медицины стал развиваться принцип терапии, основанный на достижении **контроля болезни**. Ориентированное на контроль лечение позволило не только значительно улучшить качество жизни больных при ряде хронических заболеваний, но и снизить показатели смертности, частоту тяжелых осложнений и инвалидизации [1–3]. Понимание необходимости постоянного контроля артериального давления при артериальной гипертонии, гликемии при сахарном диабете, уровней липидов крови у больных ишемической болезнью сердца прочно вошло в клиническую практику. Теперь усилия международных и национальных ассоциаций и обществ направлены на внедрение четкого понятия контроля, а также терапии, нацеленной на достижение и поддержание контроля, при **бронхиальной астме (БА)** [4, 5].

Исследования показали: несмотря на высокоэффективные лекарственные препараты, лишь у небольшой части пациентов с БА лечение можно считать успешным. Ставшее классическим исследование AIRE, проведенное в Западной Европе в 1999 г., продемонстрировало чрезвычайно низкие результаты лечения: только каждый 20-й больной БА достигал совокупности целей терапии, поставленных современными руководствами [6]. Аналогичные результаты были получены в Восточной Европе и в России (исследование AIR CEE, 2000 г. [7]). Эти данные подчеркнули необходимость существенно улучшить результаты лечения больных БА и сократить разрыв между целями терапии и реальной ситуацией. Ответом на полученные результаты стало внедрение **концепции контроля БА** в качестве цели и критерия эффективности лечения больных БА. Эта идея отражена в последней версии Глобальной инициативы по бронхиальной астме – GINA 2006 [4].

Преимущества терапии, ориентированной на контроль БА, были показаны в международном **исследовании GOAL**. В этом исследовании совокупность критериев контроля БА, определенных в руководстве GINA, была достигнута у подавляющего большинства больных (до 80%) с раз-

личными степенями тяжести заболевания и разной исходной терапией [8].

В повседневной клинической практике успехи в лечении БА остаются довольно скромными. При этом весьма существенное влияние на результаты лечения БА оказывает правильная оценка врачами и пациентами выраженности имеющихся симптомов и эффективности проводимой терапии. По имеющимся данным, большинство врачей и больных склонны недооценивать тяжесть клинических симптомов БА и переоценивать результаты лечения. Следствием этого становится неадекватно низкий объем терапии и недостаточный контроль заболевания у значительной части больных.

В связи с этим важным шагом вперед стало появление **теста для контроля бронхиальной астмы (АСТ-тест)**, который заполняется самим пациентом и способен объективизировать субъективное отношение последнего к своей болезни. В то же время в связи с серьезными различиями (экономическими, социальными и бытовыми) между странами Запада и Востока необходимо изучение возможности применения этого теста в российской популяции больных БА, а также особенностей его результатов.

Дизайн исследования

Целью данного исследования стала оценка уровня контроля БА и его динамики после коррекции терапии.

Задачи исследования:

- оценить уровень контроля БА у пациентов с помощью АСТ-теста;
- выяснить предпочтения врачей в выборе препаратов для лечения БА;
- определить изменения уровня контроля БА по АСТ-тесту в результате оптимизации терапии.

В исследование были включены 866 пациентов с БА, наблюдающихся в поликлиниках г. Москвы у специалиста (одного из 16 пульмонологов и 5 аллергологов). Уровень контроля БА оценивали согласно мнению врача (выделяли контролируруемую БА, не полностью контролируемую БА и отсутствие контроля), а также с помощью АСТ-теста – исходно и через 4 нед после коррекции терапии. АСТ-тест содержит 5 вопросов с 5-балльной оценкой ответов: 25 баллов означали полный контроль БА, 20–24 – неполный контроль, 19 баллов и меньше – отсутствие контроля (уровень контроля оценивается за последние 4 нед). Сле-

Кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ.

Андрей Станиславович Белевский – профессор.

Надежда Павловна Княжеская – канд. мед. наук, доцент.

Юрий Константинович Новиков – профессор, зав. кафедрой.

Таблица 1. Характеристики выборки

Характеристики	Категории	% пациентов
Пол	Женщины	71,8
	Мужчины	28,2
Возраст, годы	До 20	3,6
	21–40	13,6
	41–60	48,6
	Более 60	31,6
	Не ответили	2,6
Социальный статус	Работающие	49,2
	Неработающие	49,5
	в том числе не работают в связи с БА	11,2
	Не ответили	1,3
Длительность заболевания	До 5 лет	28
	6–10 лет	23
	11–15 лет	18
	16–20 лет	13
	>20 лет	18
Степень тяжести БА	Легкая персистирующая	3,6
	Среднетяжелая персистирующая	44
	Тяжелая	50,2
	Не ответили	2,2
Исходная терапия	Вентолин	57
	Беклазон (беклазон Эко)	52
	Фликсотид	29
	Беротек (беротек Н)	15
	Беродуал (беродуал Н)	14
	Бенакорт	5
	Полькортолон	3
	Альдецин	2
	Атровент (атровент Н)	2
	Симбикорт	2

Таблица 2. Уровень контроля БА по мнению врача и по данным АСТ-теста (исходно и после оптимизации терапии)

Оценка контроля БА	Уровень контроля БА	% пациентов	
		исходно	после оптимизации терапии
По мнению врача	БА контролируется	0,5	—*
	БА не полностью контролируется	23,3	—
	Контроль БА отсутствует	76,2	—
По результатам АСТ-теста (суммарная оценка)	БА полностью контролируется	0	9
	БА не полностью контролируется	2	39
	Контроль БА отсутствует	98	52
По мнению пациентов (вопрос № 5 АСТ-теста)	Полностью удавалось контролировать	3	32
	Хорошо удавалось контролировать	17	48
	В некоторой степени удавалось контролировать	36	17
	Плохо удавалось контролировать	29	2
	Совсем не удавалось контролировать	15	1

* Оценка контроля БА врачом производилась только исходно.

дует отметить, что последний вопрос АСТ-теста предлагает пациенту в общем оценить, насколько контролируется его астма.

Результаты исследования

Исходные характеристики пациентов

В исследуемую выборку вошли 866 пациентов с БА (табл. 1). Практически все пациенты, включенные в исследование, страдали среднетяжелой (44%) или тяжелой (50,2%) персистирующей БА.

Постоянно **ингаляционные глюкокортикостероиды** (ИГКС) получали 86% больных. Самой распространенной дозой беклазона/беклазона Эко являлась доза 1000 мкг/сут (у 28,3% из 452 больных, принимавших беклазон), при ее разбросе в широком диапазоне – от 200 (у 2,4% пациентов) до 2000 мкг/сут (у 2,8%). Фликсотид чаще всего использовали в дозах 500 (у 43,7% из 252 больных, получавших этот препарат) и 1000 мкг/сут (у 36,9%); диапазон доз – от 250 (у 3,2%) до 1000 мкг/сут. Бенакорт в основном применяли в дозе 800 мкг/сут (у 42,3% из 45 больных) при диапазоне доз от 200 (у 6,7%) до 1600 мкг/сут (у 8,9%). Регулярно принимали пероральные глюкокортикостероиды 3% больных.

Большинство пациентов получали **бронходилататоры короткого действия** (КД) в качестве регулярной терапии: 51,8% из 495 больных, использовавших вентолин; 67,9% из 127 пациентов, применявших беротек; 51,6% из 116 больных, пользовавшихся беродуалом. Количество доз бронходилататоров КД в сутки при их регулярном применении могло достигать 10 (у 7,5% больных, использовавших вентолин) и даже 14 (у 2,4 и 2,6% больных, применявших беротек или беродуал). По потребности 1–2 дозы бронходилататора КД получали только 26,1; 19,7 и 15,5% больных среди использовавших вентолин, беротек и беродуал соответственно.

Несмотря на постоянную терапию, **исходно контроль БА** имелся лишь у незначительного числа больных (табл. 2). Оценка уровня контроля БА с помощью АСТ-теста показала, что ни у одного пациента не был достигнут **полный контроль** заболевания, т.е. полная свобода от любых проявлений БА. Это совпадало с мнением врачей, которые отметили, что контроль БА существовал лишь у 0,5% пациентов. При этом 3% опрошенных пациентов сообщили о том, что полностью контролировали заболевание в течение последних 4 нед перед визитом.

По результатам АСТ-теста, исходно даже **неполный контроль БА** отмечался только у 2% больных. При этом и врачи, и пациенты субъективно значительно переоценивали эффективность проводимой терапии: неполный контроль заболевания врачи отмечали в 23,3% случаев, а пациенты у себя – в 53%. Такая оценка неполного контроля БА врачами и пациентами соответствовала общей тенденции к переоценке эффективности лечения.

Исходно **контроль БА отсутствовал** у 98% больных по результатам АСТ-теста, у 76,2% – по мнению врачей, и только у 44% – по данным самооценки.

Оптимизация терапии БА и ее результаты

Отсутствие контроля БА потребовало изменения терапии у подавляющего большинства пациентов. В соответствии с существующими рекомендациями, в случае недостаточной эффективности монотерапии ИГКС показан перевод на терапию **комбинацией ИГКС и β_2 -агониста длительного действия (ДД)**.

На первом визите комбинированная терапия ИГКС и β_2 -агонистом ДД (в виде фиксированных комбинаций или с помощью двух разных ингаляторов) была назначена впервые 81% пациентов (итого после первого визита стали получать комбинированную терапию 83% больных). Варианты назначавшейся **комбинированной терапии**:

- серетид в виде дозированного аэрозольного ингалятора или Мультидиска (фиксированная комбинация сальметерола и флутиказона пропионата) – 58%;
- симбикорт Турбухалер (фиксированная комбинация формотерола и будесонида) – 14%;
- нефиксированная комбинация ИГКС с форадилом (формотеролом) – 9%;
- нефиксированная комбинация ИГКС с серевентом (сальметеролом) – 2%.

Дозы серетида колебались от 25/125 мкг 2 раза в сутки (у 1,8% пациентов, получавших серетид) до 50/500 мкг 2 раза в сутки (у 42,9%), дозы симбикорта – от 4,5/80 мкг 2 раза в сутки (у 4,1% пациентов, получавших симбикорт) до 9/320 мкг 3 раза в сутки (у 2,5%).

Терапию ИГКС без добавления β_2 -агонистов ДД (в сочетании с β_2 -агонистом КД и/или метилксантином) стали получать только около 10% пациентов. При этом дозы всех ИГКС были увеличены по сравнению с исходным уровнем. Так, минимальная доза беклазона увеличилась с 200 до 400 мкг/сут (у 2,4% пациентов, получавших беклазон), максимальная – с 2000 до 2250 мкг/сут (у 1,8%), хотя самой распространенной осталась доза 1000 мкг/сут. Самой часто используемой дозой фликсотид стала доза 1000 мкг/сут (у 45,9% пациентов, получавших этот ИГКС) вместо 500 мкг/сут, минимальная доза возросла с 250 до 500 мкг/сут (у 34,4%), максимальная – с 1000 до 1500 мкг/сут (у 4,9%). Бенакорт после коррекции терапии не назначался.

Бронходилататоры КД стали значительно реже назначаться для регулярного применения: только у 6,3% (вместо 51,8%) пациентов, использовавших вентолин, и у 21,6% (вместо 51,6%) больных, применявших беродуал. Беротек для регулярного применения не использовался. Максимальное количество доз бронходилататоров КД при регулярном применении снизилось до 6 в сутки. Бронходилататоры КД стали преимущественно применяться по потребности – для облегчения симптомов БА, как и рекомендовано современными руководствами.

Результатом изменения терапии стало существенное улучшение отдельных показателей состояния пациентов и

Таблица 3. Средние баллы по отдельным вопросам АСТ-теста (исходно и после оптимизации терапии)

Вопрос АСТ-теста	Средний балл	
	исходно	после оптимизации терапии
1. Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?	2,4	3,7
2. Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?	1,9	3,6
3. Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы?	2,3	4,0
4. Как часто за последние 4 недели Вы использовали ингалятор или небулайзер (аэрозольный аппарат) с быстродействующим лекарством?	2,4	3,7
5. Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?	2,4	3,7
Суммарная оценка	11,0	18,8

уровня контроля БА в целом уже через 4 нед лечения (см. табл. 2 и 3, рис. 1 и 2).

У 9% пациентов был достигнут **полный контроль БА** (оценка в АСТ-тесте – 25 баллов). Важно отметить, что сами пациенты оценивали свое состояние как полный контроль БА значительно чаще – в 32% случаев.

Неполный контроль БА был достигнут после пересмотра терапии у 39% пациентов по результатам АСТ-теста и у 48% – по результатам самооценки.

Контроль БА отсутствовал по данным АСТ-теста у 52% больных. Сами пациенты расценивали свое состояние как неконтролируемую или лишь в какой-то мере контролируемую БА значительно реже – в 20% случаев (в том

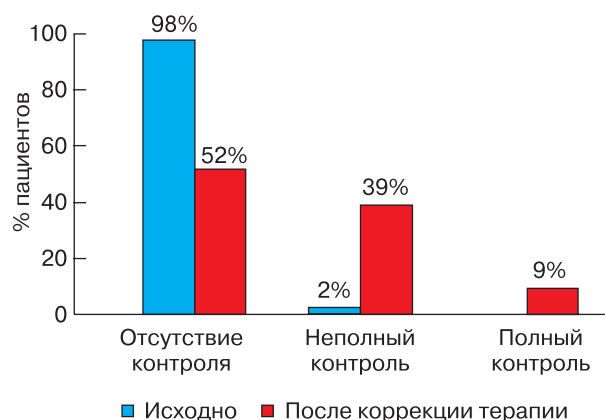


Рис. 1. Оценка контроля БА по АСТ-тесту исходно и после коррекции терапии.

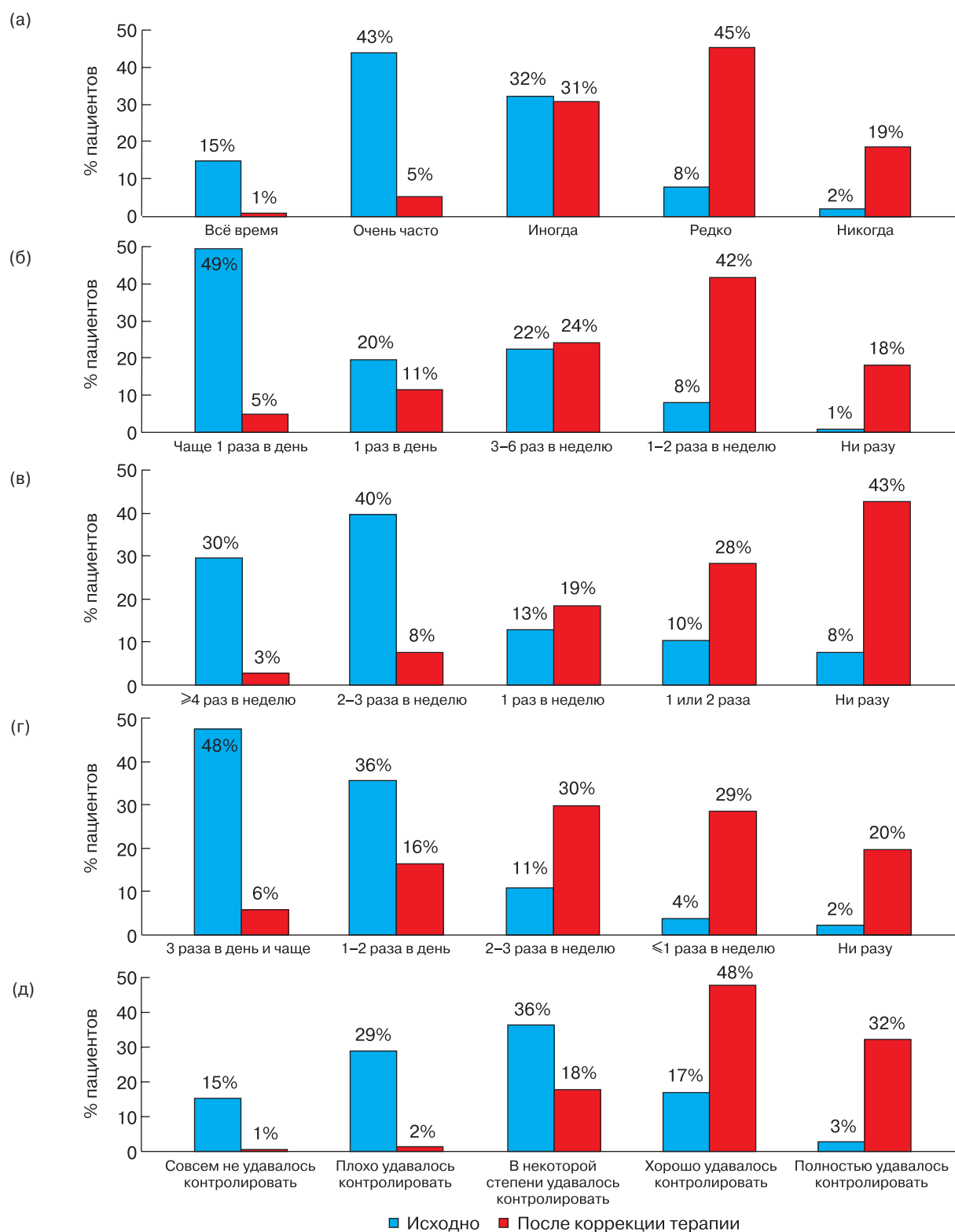


Рис. 2. Частота ответов на отдельные вопросы АСТ-теста исходно и после коррекции терапии. а – влияние на работоспособность. Вопрос 1. Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома? б – частота появления затрудненного дыхания. Вопрос 2. Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание? в – частота ночных симптомов БА. Вопрос 3. Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы? г – зависимость от лекарственного лечения. Вопрос 4. Как часто за последние 4 недели Вы использовали ингалятор или небулайзер (аэрозольный аппарат) с быстродействующим лекарством? д – субъективная оценка уровня контроля астмы пациентом. Вопрос 5. Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?



Рис. 3. Динамика уровня контроля БА в результате оптимизации терапии (прирост суммы баллов в АСТ-тесте по сравнению с исходной).

числе об отсутствии контроля БА сообщали всего 3% больных).

Обсуждение

Важнейшим результатом данного исследования стала наглядная демонстрация различий между субъективной оценкой своего состояния пациентом и результатами АСТ-теста. Явно прослеживается тенденция к недооценке пациентами тяжести своего состояния и переоценке уровня контроля. Хотя ответы на первые четыре вопроса АСТ-теста дают достаточную информацию, чтобы определить уровень контроля как недостаточный или плохой, в то же время имеется явная переоценка уровня контроля при ответе на последний вопрос – относительно общего впечатления о контроле астмы. Это может быть отражением “привычного” самочувствия и отсутствия веры в возможность достижения лучшего состояния. Что касается оценки контроля БА со стороны врачей, то результаты их субъективной оценки и АСТ-теста более схожи, хотя и врачи недооценивают тяжесть состояния пациентов.

Интересна также оценка контроля с помощью разных инструментов, проведенная после оптимизации лечения. В результате назначенной терапии положительная динамика состояния, подтвержденная изменением оценки в АСТ-тесте, отмечалась у 95% пациентов – как у достигших хорошего или полного контроля БА, так и у тех, кто не достиг контроля (рис. 3). Улучшение своего состояния после

коррекции терапии пациенты нередко расценивают как достижение полного либо частичного контроля БА, хотя, отвечая на отдельные вопросы АСТ-теста, могут отмечать сохранение достаточно выраженных симптомов и ограничений активности.

Таким образом, проведенное исследование наглядно показало, что с помощью русскоязычной валидизированной версии АСТ-теста можно достаточно надежно оценивать уровень контроля БА, а также улавливать изменения контроля в результате оптимизации терапии. АСТ-тест не только помогает определить уровень контроля БА, но и увеличивает ожидания врачей и пациентов, тем самым способствуя достижению максимально возможного уровня контроля БА у каждого конкретного больного.

Список литературы

1. Amarenco P. et al. // N. Engl. J. Med. 2006. V. 355. № 6. P. 549.
2. Cannon C.P. et al. // N. Engl. J. Med. 2004. V. 350. № 15. P. 1495.
3. Erdine S. et al. // Herz. 2006. V. 31. № 4. P. 331.
4. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы, одышки / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2005.
5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2006 // www.ginasthma.org.
6. Rabe K.F. et al. // Eur. Respir. J. 2000. V. 16. P. 802.
7. Смирнов Н.А., Смоленов И.В. // Аллергология. 2001. № 4. С. 3.
8. Bateman E.D. et al. // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2004. V. 170. № 8. P. 836.