

Бронхиальная астма в г. Красноярске: использование различных методов для оценки уровня контроля

ГОУ ВПО КРАСТМА Минздрава России, г. Красноярск

I.V.Demko, N.V.Gordeeva, M.M.Petrova, I.P.Artyukhov

Bronchial asthma in Krasnoyarsk: different methods for evaluation of control

Summary

The purpose of this research was to evaluate asthma control in Krasnoyarsk patients using E.Bateman's criteria, GOAL and ACTTM. We examined 480 patients (both genders; 18 to 70 years old) with asthma of different severity. The patients were divided into 2 groups: the 1st group ($n = 1250$) was examined by primary care practitioners using the ACTTM alone and received different basic medications, the 2nd group patients ($n = 230$) had been taught at asthma-schools; they were treated with fixed combination of fluticasone and salmeterol (Seretide) and were tested with E. Bateman's criteria, GOAL and ACTTM. According to the ACTTM, 16 % of the 1st group patients had asthma controlled and 86 % had < 19 points. In the 2nd group, asthma control was achieved in 87 % of the patients. When compared ACTTM with E.Bateman's criteria and GOAL, results were equal. Basic therapy adequate to asthma severity, regular follow-up, continuous education of patients allowed achievement of asthma control. The ACTTM use led to objective results with similar interpretation in various patients which allows assessing asthma control and efficacy of treatment.

Резюме

Цель исследования — оценить уровень контроля бронхиальной астмы (БА) в г. Красноярске с использованием критериев *E.Bateman*, GOAL и ACTTM. Обследованы 1480 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 70 с БА разной степени тяжести. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа ($n = 1250$) обследована только по тесту ACTTM, во 2-ю группу ($n = 230$) включены больные с использованием для оценки степени контроля БА критериев *E.Bateman*, GOAL и ACTTM. Пациенты 1-й группы наблюдались врачами первичного звена, получали различную базисную терапию, пациенты 2-й группы получали фиксированную комбинацию флутиказона и сальметерола, прошли обучение в астма-школах. Согласно ACTTM контролируемое течение БА в 1-й группе пациентов отмечено у 16 % опрошенных. Менее 19 баллов по ACTTM наблюдалось у 86 % интервьюированных. Во 2-й группе отмечалось контролируемое течение астмы у большинства пациентов — 87 %. При сопоставлении результатов, полученных по ACTTM, с критериями оценки тяжести БА *E.Bateman* и GOAL получены аналогичные данные. Адекватная степени тяжести, базисная терапия, регулярное наблюдение за пациентами, постоянное обучение позволили достигнуть контролируемого течения астмы. Используя ACTTM, можно получить объективные результаты, одинаково интерпретируемые у разных пациентов, позволяющие оценить контроль БА и эффективность назначенной терапии.

Бронхиальная астма (БА) является глобальной медицинской проблемой [1]. Число больных БА в мире в 1998 г. оценивалось в 155 млн человек, что эквивалентно населению России, а в настоящее время составляет около 300 млн. Предполагается, что в течение следующих двух десятилетий распространенность БА существенно возрастет [2]. Немногим более 20 % пациентов получают регулярную противовоспалительную терапию, и согласно исследованиям AIRE, AIA, AIRCEE, AIRIAP [3-5] большинство больных испытывают постоянные симптомы заболевания и существенное ограничение повседневной активности. В исследовании AIRE было установлено, что только 5 % пациентов имеют контроль БА, соответствующий критериям GINA [6].

Недостаточный контроль заболевания приводит к снижению качества жизни, поскольку неконтролируемые симптомы нарушают сон, ограничивают повседневную активность на работе и дома, приводят к необходимости госпитализаций [7, 8]. В Европе 17 % взрослых больных астмой из-за плохого контроля заболевания вынуждены пропускать работу каждый год [9]. В целом, экономический ущерб в

мире от астмы выше, чем от ВИЧ и туберкулеза вместе взятых. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения астма является причиной 0,4 % всех случаев смерти и уносит примерно 180 тыс. жизней в год, многие из которых могли бы быть спасены при адекватном лечении [10].

Неудовлетворительный контроль БА связан со многими факторами, среди которых ведущими являются: несоблюдение существующих рекомендаций по терапии БА, включая невыполнение 6 частей лечения БА, которые, помимо базисной фармакотерапии, включают образование пациента, контроль триггеров, мониторинг течения заболевания, разработку индивидуальных планов действия и регулярное наблюдение [11]. Пациенты считают, что их заболевание должно сопровождаться определенными симптомами, ограничивающими повседневную активность. Врачи, зачастую не следуя существующим рекомендациям и не выполняя полностью их требования, склонны думать, что "отсутствие симптомов невозможно, симптомы заболевания могут присутствовать".

В ряде причин плохого контроля БА одной из важнейших является его неадекватная оценка, свя-

Таблица 1

Критерии контроля над симптомами астмы по E. Bateman, 2001 г.

Критерии контроля	I уровень контроля, "золотой стандарт"	II уровень контроля, "хорошо контролируемая астма"	III уровень контроля**
1. Дневные симптомы*	0	0–1	> 1 (не более 3 раз в нед.)
2. Ночные симптомы*	0	0	> 0 (не более 3 раз в мес.)
3. Потребность в бронхолитиках, доз/сутки	0	≤ 1	Не более 1 ингалятора в мес. (200 доз)
4. Обострения	0	0	Отсутствие среднетяжелых и тяжелых
5. Суточная лабильность бронхов, %	< 20 %	< 20 %	< 20 %
6. Среднесуточные значения ПСВ, %	> 85 %	≥ 80 %	≥ 80 %
7. НЛЯ**	нет	нет	нет

Примечание: * — среднемесячная оценка по шкале симптомов; ** — дополнительные критерии III уровня контроля: не более 4 последовательных дней с симптомами в мес. (ПСВ < 80 %, суточная лабильность > 20 %); ** — НЛЯ — нежелательные лекарственные явления.

занная с отсутствием общепринятых критериев и четкого определения.

Согласно руководству GINA, контроль БА — это совокупность 7 клинических показателей. Однако в этом определении контроля некоторые показатели имеют расплывчатые значения, например "минимальное количество симптомов", "близкая к нормальной функция легких" и могут по-разному трактоваться. Кроме того, не определен период времени, в течение которого эта совокупность клинических показателей должна поддерживаться, чтобы течение БА могло классифицироваться как контролируемое. Проблема оценки степени контроля БА всегда беспокоила ученых и практических врачей. Поиск инструмента контроля БА за последние пять лет привел к разработке различных вариантов: известные критерии E. Bateman, 2001 г., GOAL, 2000 г. и другие. В 2003 г. на Ежегодном конгрессе Международной академии по аллергологии и клинической иммунологии впервые были представлены материалы по изучению Теста контроля астмы — *Asthma Control Test* (АСТ™), который в России впервые испытан в 2005 г. [12]. В настоящее время пока нет достаточного количества исследований на национальном уровне, позволяющих оценить его практическую значимость и клиническую эффективность в практическом здравоохранении.

Цель исследования — оценить уровень контроля БА в г. Красноярске с использованием критериев E. Bateman, GOAL и АСТ™ и сравнить их сопоставимость.

Материалы и методы

Обследованы 1 480 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 70 лет с БА разной степени тяжести. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа ($n = 1250$) — обследованы только по АСТ™, во 2-ю группу ($n = 230$) включены больные, где для оценки степени контроля БА использовались критерии E. Bateman (табл. 1), GOAL (табл. 2) и АСТ™ (табл. 3). Клинико-функциональное мониторирование в этой группе осуществлялось путем ведения дневника самонаблюдения, в котором отражались показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ), их суточная лабильность, кратность дневных и ночных симптомов, потребность в бронхолитиках. Тест контроля астмы — *Asthma Control Test* (АСТ™) состоит из 5 вопросов, на каждый из которых предлагается 5 вариантов ответов с соответствующим числом баллов (от 1 до 5). Результатом теста является сумма в баллах, она же используется для формулировки рекомендаций:

- 25 баллов — полный контроль;
- 20–24 балла — астма контролируется хорошо, но не полностью. Врач может помочь пациенту добиться полного контроля;
- 19 баллов и меньше — неконтролируемая астма. Возможно, следует изменить терапию для достижения оптимального контроля;
- 14 баллов и меньше — астма у пациента серьезно вышла из-под контроля. В этом случае пациента следует направить к специалисту.

Таблица 2

Критерии хорошего и полного контроля GOAL

Критерии GOAL	"Хороший контроль", 2 или более из следующих критериев	"Полный контроль", все критерии
Дневные симптомы	≤ 2 дней с оценкой ≥ 1 балла	нет
Использование β ₂ -агонистов по потребности	≤ 2 дней и ≤ 4 раз	нет
Утренний показатель ПСВ	≥ 80 % _{долж.} каждый день	≥ 80 % _{долж.} каждый день
Ночные пробуждения из-за астмы	нет	нет
Обострения	нет	нет
Обращений за неотложной помощью	нет	нет
Побочные эффекты, требующие смены препарата	нет	нет

Примечание: полный контроль должен сохраняться в течение 7 из 8 последовательных нед.

Таблица 3
Тест по контролю над астмой (ACT™)

Как часто за последние 4 нед. астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?				
Все время (1)	Очень часто(2)	Иногда (3)	Редко(4)	Никогда(5)
Как часто за последние 4 нед. Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?				
Чаще, чем раз в день (1)	Раз в день (2)	От 3 до 6 раз в неделю (3)	Один или два раза в неделю (4)	Ни разу (5)
Как часто за последние 4 нед. Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы?				
4 ночи в неделю или чаще (1)	2-3 ночи в неделю (2)	Раз в неделю (3)	Один или два раза в неделю(4)	Ни разу (5)
Как часто за последние 4 нед. Вы использовали быстродействующий ингалятор?				
3 раза в день и чаще (1)	1 или 2 раза в день (2)	2 или 3 раза в неделю (3)	Один раз в неделю или реже (4)	Ни разу (5)

Исследование проводилось на базе поликлиник г. Красноярска и легочно-аллергологического центра ККБ.

Тяжесть состояния БА исходно оценивалась согласно мнению врача и записи в амбулаторной карте, а затем на основании данных АСТ, *E.Bateman*, GOAL, с учетом количества ночных, дневных симптомов, потребности в короткодействующих β_2 -агонистах, объемом базисной противовоспалительной терапии. Полученные данные были интерпретированы в соответствии с критериями тяжести БА GINA 2002. Использована база данных регистра БА в г. Красноярске для получения информации, характеризующей состояние больного: число обострений, требующих незапланированных визитов к врачу, количество дней временной утраты трудоспособности, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций в течение года, участие в образовательных программах. Полученные данные были обработаны при помощи программы *Statistica* 6.0 с использованием t-критерия Стьюдента после проверки на нормальность распределения в пакете программ *Microsoft Excel*, критерия Пирсона χ^2 . Используемые статистические термины: *M* — выборочное среднее, *m* — ошибка среднего, *p* — достигнутый уровень значимости. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Группы пациентов по демографическим характеристикам были сопоставимы: в обеих преобладали женщины 79 %, мужчин соответственно было 21 %; средний возраст $53,1 \pm 0,26$ лет, средняя продолжительность заболевания $9,03 \pm 1,7$ лет. Первая группа ($n = 1\,250$) наблюдалась участковыми терапевтами, 2-я ($n = 230$) — пульмонологами, аллергологами, которые владеют методологией пикфлоуметрии, критериями оценки контроля БА *E.Bateman*, GOAL и АСТ™. По степени тяжести согласно записям в амбулаторных картах пациенты 1-й группы распределились следующим образом: легкая интермиттирующая БА — 16,4 %; легкая персистирующая — 13,9 %; среднетяжелая — 58,5 %; тяжелое течение БА отмечено у 11,2 % больных. Во 2-й группе все пациенты имели персистирующее течение БА, легкая степень

тяжести диагностирована у 12 %, среднетяжелое течение было у 49 % обследованных и тяжелая астма у 39 % больных. Результат анализа основных показателей, характеризующих течение БА за прошедший год у исследуемых 1-й группы, показал, что 69,5 % опрошенных имели обострения, требующие экстренных визитов к врачу, это составило $2,28 \pm 0,05$ обращений на одного больного, а у некоторых до 15 посещений; к услугам скорой медицинской помощи прибегали 33,9 %, и количество вызовов на одного больного было $4,46 \pm 0,17$, а у отдельных пациентов достигало 36–53 раз. Пропуски работы из-за временной утраты трудоспособности имели 22,9 % пациентов, на одного больного это составило $22,9 \pm 0,86$ дней, максимальное количество дней было 146. Часть пациентов (21,7 %) имели госпитализации в среднем $1,3 \pm 0,04$ на одного больного, в отдельных случаях до 3–4 раз в год. Во 2-й группе вызовов скорой медицинской помощи не было ни у одного больного, только 2 % респондентов имели госпитализации и пропуски работы из-за временной утраты трудоспособности и 8,4 % неплановые визиты к врачу по причине ухудшения состояния. Все пациенты 2-й группы принимали участие в различных образовательных программах (астма-школах, астма-днях), умеют вести дневники самонаблюдения, пользуются пикфлоуметром и наблюдаются регулярно у пульмонолога. В качестве базисной терапии получают фиксированную комбинацию ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) с длительнодействующими β_2 -агонистами (ДДБА), а именно флутиказона пропионат с сальметеролом в дозе, соответствующей степени тяжести БА.

В 1-й группе отмечаются различные варианты и комбинации базисных противовоспалительных препаратов. Так, 24,2 % опрошенных получают кромоны (кромогликат натрия и недокромил натрия); 30,8 % — иГКС, иГКС + ДДБА и иГКС + ТФ (теофилинными пролонгированного действия) пользуются 4,1 %, комбинированную терапию сГКС + иГКС имеют 9,4 % пациентов, монотерапию сГКС — 14,3 %, и лишь 4,9 % назначены фиксированные комбинированные препараты. Частота различных видов базисной терапии значительно варьировала в зависимости от степени тяжести течения БА. Необходимо отметить, что средние дозы иГКС, которые получали респонденты во всех группах, соответствовали

Таблица 4
Уровень контроля БА с разной степенью тяжести в соответствии с оценкой по АСТ™
у пациентов 1-й группы (n = 1 250)

АСТ, баллы	Легкая БА, абс. (%), n = 377	Среднетяжелая БА, абс. (%), n = 732	Тяжелая БА, абс. (%), n = 141	Всего, n = 1 250
5–9	0	22 (3)	14 (10)	36 (3)
10–14	15 (4)	410 (56)	87 (62)	512 (41)
15–19	222 (59)	242 (33)	37 (26)	501 (40)
Неконтролируемая (всего)	237 (63)	674 (92)	138 (98)	1 049 (84)
20–24	91 (24)	51 (7)	3 (2)	145 (11)
25	49 (13)	7 (1)	0	56 (5)
Контролируемая (всего)	140 (37)	58 (8)	3 (2)	201 (16)

Таблица 5
Уровень контроля БА с разной степенью тяжести в соответствии с оценкой по АСТ™
у пациентов 2-й группы (n = 230)

АСТ, баллы	Легкая БА, абс. (%), n = 27	Среднетяжелая БА, абс. (%), n = 113	Тяжелая БА, абс. (%), n = 90	Всего, n = 230
5–9	0	0	0	0
10–14	0	0	7 (7,8)	7 (3)
15–19	0	0	23 (25,6)	23 (10)
Неконтролируемая (всего)	0	0	30 (33,4)	30 (13)
20–24	0	37 (33)	36 (40)	73 (31,7)
25	27 (100)	76 (67)	24 (26,6)	127 (55,3)
Контролируемая (всего)	27 (100)	113 (100)	60 (66,6)	200 (87)

Таблица 6
Распределение пациентов с разной степенью тяжести БА в соответствии с критериями оценки контроля по E.Bateman, GOAL, АСТ™

Критерии оценки контроля БА	Легкая БА, абс. (%), n = 27	Среднетяжелая БА, абс. (%), n = 113	Тяжелая БА, абс. (%), n = 90	Всего, абс. (%), n = 230
E.Bateman				
I уровень, "золотой стандарт"	27 (100)	74 (66)	21 (23,3)	122 (53)*
II уровень, "хорошо контролируемая астма"	0	39 (34)	34 (37,8)	73(31,7)**
III уровень, отсутствие контроля	0	0	35 (38,9)	35(15,3)***
GOAL				
"полный контроль"	27 (100)	75 (66)	22 (24,4)	124 (53,9)*
"хороший контроль"	0	38 (34)	32 (35,5)	67 (29,1)**
"отсутствие контроля"	0	0	36 (40)	36 (15,6)***
АСТ™, балл				
25	27 (100)	76 (67)	24 (26,6)	127 (55,3)*
20–24	0	37 (33)	36 (40)	73 (31,7)**
< 19, отсутствие контроля	0	0	30 (33,4)	30 (13)***

Примечание: * — достоверность различий "полного контроля" по критериям E.Bateman, GOAL, АСТ™, $p < 0,02$; ** — достоверность различий "хорошего контроля" по критериям E.Bateman, GOAL, АСТ™, $p < 0,02$; *** — достоверность различий "отсутствия контроля" по критериям E.Bateman, GOAL, АСТ™, $p < 0,02$.

у большинства больных дозам, рекомендуемым GINA, для БА легкого персистирующего течения или средней степени тяжести. Адекватную степени тяжести дозу по иГКС получали всего 23,1 % пациентов БА тяжелого течения. В то же время представляет определенный интерес анализ базисной терапии в группе больных имтермиттирующей БА, т. к.

согласно рекомендациям GINA эта категория больных не должна ее получать. Оказалось, что 37,3 % пациентов получали кромоны (кромогликат натрия и недокромил натрия), 33,5 % — иГКС, иГКС + ТФ и иГКС + ДДБА — 4,2 % и только 3,3 % не пользуются регулярно базисными противовоспалительными препаратами.

Изложенное выше вполне согласуется и с результатами исследования контроля астмы по АСТ™. На вопрос: "Как часто за последние 4 нед. астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?" 31 % ответили "очень часто", 56 % — "иногда" или "редко". Испытывали затрудненное дыхание от 3 до 6 раз в нед. и чаще 86 % больных, просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы более 1 раза в нед. — 79 %, использовали быстродействующий ингалятор 2-3 раза в нед. и чаще 87 % пациентов. Однако, несмотря на большое количество жалоб, подавляющее большинство опрошенных (71 %) оценивали свое состояние как удовлетворительное и считали, что астма у них контролируется. Уровень контроля БА у пациентов с разной степенью тяжести в соответствии с оценкой по АСТ™ представлен в табл. 4. Как видно из табл. 4, более контролируемое течение наблюдается у пациентов с легким течением астмы — 37 %, при среднетяжелом течении — только у 8 %, а при тяжелом — лишь 2 %. Таким образом, согласно АСТ™ контролируемое течение БА за последние 4 нед. у пациентов 1-й группы отмечено лишь у 16 % опрошенных. Менее 19 баллов по АСТ™ (неконтролируемое течение) наблюдалось у большинства интервьюированных — 86 %. Самый низкий балл, от 5 до 9, имели, конечно, пациенты с тяжелым течением астмы. Но неконтролируемое течение заболевания у пациентов с легкой астмой объясняется прежде всего неправильной оценкой степени тяжести БА и, соответственно, неадекватной базисной терапией. Кроме того, очень небольшое количество пациентов этой группы, всего 3 %, принимало участие в образовательных программах.

Следует отметить совершенно иную картину по данным АСТ™ во 2-й группе, пациенты которой в качестве базисной терапии получали комбинацию флутиказона и сальметерола от 6 мес. до 5 лет (табл. 5). Анализируя критерии оценки контроля по АСТ™ в зависимости от степени тяжести во 2-й группе, отмечается контролируемое течение БА у большинства пациентов — 87 %, причем неконтролируемое течение преимущественно у лиц с тяжелым течением заболевания — 33,4 %. При сопоставлении результатов, полученных по АСТ™ с критериями оценки тяжести БА *E.Bateman*, GOAL в этой группе получены следующие данные (табл. 6). Уровня I контроля БА по критериям *E.Bateman* — "золотой стандарт" — достигли 53 % пациентов; II уровень контроля, "хорошо контролируемая астма", отмечен у 31,7 %; таким образом, контролируемое течение БА наблюдалось у 84,7 % исследуемых, а неконтролируемое — лишь в 15,3 %. Показатели критериев GOAL "полного" и "хорошего" контроля также были весьма высокими и составили соответственно 53,9 % и 29,1 % ($Z = 83$ %), неконтролируемое течение оказалось у 17 % исследуемых. При сопоставлении этих данных с показателями оценки контроля БА по АСТ™, мы видим их полное соответствие.

Обсуждение

Нами исследовано достаточно большое количество пациентов с целью изучения контроля БА с использованием различных методов, включая *E.Bateman* и GOAL и АСТ™. Для оценки степени контроля БА по критериям GOAL и *E.Bateman* необходимо мониторингирование ПСВ, ведение дневника самоконтроля, т. е. они, казалось бы, являются существенно более строгими и не имеют неоднозначно трактуемых показателей. Также указывается период времени, в течение которого совокупность клинических показателей должна поддерживаться, чтобы астма расценивалась как контролируемая. На самом же деле большинство пациентов не ведут дневники самонаблюдения и не оценивают ПСВ, поэтому применение этих критериев возможно далеко не всегда. Апробирование нового метода АСТ™ показало, что он более удобен для использования в амбулаторной практике, так как не требует проведения спирометрии или пикфлоуметрии. Проведение теста не обременительно: врачу не обязательно тратить на это исследование время, т. к. пациенты смогут заполнить вопросник в ожидании приема или дома перед визитом в поликлинику. Результаты теста (однократные или в динамике) просты, понятны, легко интерпретируются. Кроме того, АСТ™ соответствует совокупности целей лечения GOAL, т. к. ориентирован на достижение полного контроля, но при этом является более простым и достаточно чувствительным к изменению состояния больного. В данном исследовании, преследуя, в первую очередь, цель оценить уровень контроля БА в реальной амбулаторной практике, мы выявили существенные недостатки в оценке степени тяжести заболевания врачами первичного звена. Обращает на себя внимание не только несоответствие базисной терапии степени тяжести БА, но и объем суточной дозы, что приводит к увеличению потребности в симптоматических препаратах и отсутствию контроля астмы. Низкие показатели контроля БА говорят о неадекватности подходов к лечению участковыми терапевтами и низким уровне знаний пациентов о своем заболевании. Среди пациентов 1-й группы, включенных в исследование, преобладали лица с персистирующим течением астмы, о чем свидетельствует назначенная терапия, и согласно объему базисной терапии распределение по степени тяжести должно быть другое. Доля пациентов во 2-й группе, имеющих контролируемое течение БА, была значительно выше, а при легком и среднетяжелом течении был достигнут хороший и полный контроль в 100 %. Таким образом, адекватная степени тяжести базисная терапия, регулярное наблюдение за пациентами, постоянное обучение с использованием различных образовательных программ, включающих первичную и вторичную профилактику, устранение влияния триггеров, своевременное лечение сопутствующей патологии и т. д. позволили достигнуть контролируемого течения астмы у 87 % больных.

Используя АСТ™, мы получаем объективные результаты, одинаково интерпретируемые у разных пациентов, позволяющие оценить контроль БА, причем это совершенно не обременительно ни для врача, ни для пациента. Мы можем оценить эффективность назначенной терапии, своевременно ее корректируя.

Выводы

1. У подавляющего большинства пациентов 1-й группы степень тяжести БА врачами первичного звена была оценена неправильно, что привело к назначению неадекватной базисной терапии и неконтролируемому течению заболевания.
2. Регулярное динамическое наблюдение контингента 2-й группы пульмонологами, аллергологами, 100%-ное вовлечение в образовательные программы, умение вести дневники самонаблюдения и избегать факторов риска, мониторингование ПСВ, а также назначение адекватной степени тяжести БА базисной терапии позволило добиться контролируемого течения астмы у большинства больных.
3. Применение трех вопросников, включая *E.Bateman* и *GOAL* и АСТ™ для оценки уровня контроля БА позволило убедиться в их сопоставимости и преимуществе использования врачами общей практики АСТ™ не только как наименее не обременительного, но и как достаточно объективного.
4. Использование АСТ™ врачами первичного звена в повседневной деятельности позволит оценивать эффективность назначенной терапии и принимать решения об ее изменении, что улучшит контроль астмы.

Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.) Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М.: Атмосфера; 2002.

2. Огородова Л.М., Федорова О.С. Европейские данные в поддержку использования теста по контролю над астмой АСТ™: исследование AIRE. Атмосфера 2005; 4 (19): 46–48.
3. Legoretta A.P. Compliance with national asthma management guidelines and speciality care: A Health Maintenance Organization Experience/ A.P. Legoretta, J Christian-Herman, R.D. O'Connor et al.// Arch. Intern. Med. — 1998. — V.158. — P. 457–464.
4. Taylor D. McD., Auble T.E., Calhoun W.J. et al. Current outpatient management of asthma shows poor compliance with International Consensus Guidelines. Chest 1999; 116: 1638–1645.
5. Vollmer W.M., O'Hollaren M., Ettinger K.M. et al. Speciality differences in the management of asthma. A cross-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. Arch. Intern. Med. 1997; 157: 1201–1208.
6. Rabe K.F., Vermeire P.A., Soriano J.B. et al. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur. Respir. J 2000; 16: 802–807.
7. Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. J. A. M. A. 1999; 282: 1458–1465.
8. Cockcroft D.W., Swystun V.A. Asthma control versus asthma severity. J. Allergy Clin. Immunol. 1996; 98 (6): 1016–1018.
9. Bousquet J., Knani J., Henry C. et al. Undertreatment in a nonselected population of adult patients with asthma. J. Allergy Clin. Immunol. 1996; 98 (3): 514–521.
10. Guidelines on the management of asthma. Statement by the British Thoracic Society, the Brit. Pediatric Association, the Research Unit of the Royal College of Physicians of London, the King's Fund Centre, the National Asthma Campaign, the Royal College of General Practitioners, the General Practitioners in Asthma Group, the Brit. Association of Accident and Emergency Medicine, and the Brit. Pediatric Respiratory Group. Thorax. 1993; 48 (2, suppl.): 1–S24.
11. Белевский А.С. Тест контроля астмы — "новая игрушка" или важный инструмент? Атмосфера 2005; 1 (16): 33–34.
12. Белевский А.С. По следам публикации. Атмосфера 2005; 2 (17): 40–41.

Поступила 19.03.07
© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.248-07