

ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СООТВЕТСТВИИ С ПОСЛЕДНИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МЕЖДУНАРОДНЫХ И НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ

М.А. Похазникова

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

© М.А. Похазникова, 2019

Статья посвящена изменениям тактики ведения больных бронхиальной астмой согласно международным и национальным рекомендациям 2019 г. Новая стратегия ведения больных легкой бронхиальной астмой, отказ от монотерапии короткодействующими β_2 -агонистами в пользу противовоспалительного бронхолитического препарата позволит улучшить контроль за заболеванием, комплаентность пациентов, снизить риск тяжелых обострений и смерти. Использование алгоритма диагностики и лечения бронхиальной астмы врачами первичного звена, разработанного экспертами Российского респираторного общества и Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, позволит сократить сроки постановки диагноза бронхиальной астмы, вовремя и правильно назначить противовоспалительную терапию и контролировать течение заболевания.

Ключевые слова: врач общей практики; первичная медико-санитарная помощь; бронхиальная астма.

TACTICS OF PRIMARY CARE PHYSICIAN IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ASTHMA IN ACCORDANCE WITH THE LATEST CHANGES IN INTERNATIONAL AND NATIONAL GUIDELINES

M.A. Pokhaznikova

North-Western State University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

The article addresses to changes in the management of patients with bronchial asthma in accordance with international and national recommendations of 2019. The new management strategy for patients with mild asthma, the rejection of short-acting β_2 -agonist (SABA) reliever medication monotherapy in favor of an anti-inflammatory bronchodilator drug will improve disease control, patient compliance, reduce the risk of severe exacerbations and death. The use of the algorithm for diagnosing and management asthma by primary care physicians, developed by experts of the Russian Respiratory Society and the Russian Association of Allergologists and Clinical Immunologists, will reduce the time for diagnosing asthma, timely and correctly prescribe anti-inflammatory therapy and control the course of the disease.

Keywords: general practitioner; primary health care; asthma.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи в РФ [1]. Всемирная организация здравоохранения отмечает, что значимость этого подразделения для сохранения здоровья населения сегодня актуальнее, чем когда-либо [2]. Врач первичного звена — ключевой специалист, который обеспечивает профилактику, диагностику, лечение и длительное наблюдение за пациентами с различными болезнями, включая хронические респираторные заболевания [3]. Круг его знаний, навыков и умений согласно

профессиональному стандарту должен быть чрезвычайно широким [4, 5].

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных болезней человека, частота ее варьирует в разных странах от 1 до 18 % [6]. По данным российского исследования распространенность БА среди взрослых составляет 6,9 % [7]. Однако, несмотря на наличие современных структурированных рекомендаций по ведению пациентов с БА, высокоэффективных препаратов, более чем у 50 % больных БА сохраняются постоянные симптомы [8, 9]. Как

отмечают международные эксперты, текущая ситуация может быть связана с несколькими причинами. Одна из них — редкие обращения к врачу и низкая приверженность пациентов к базовой терапии астмы, что определяет плохой контроль за заболеванием [9–12]. При нарастании симптомов БА пациенты предпочитают самостоятельно увеличивать количество доз короткодействующих β_2 -агонистов (КДБА) и используют ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) только на пике обострения [10]. Другая причина — погрешности ведения пациентов с этим заболеванием, в том числе врачами первичного звена [13–15]. Так, в национальном обзоре случаев смерти от астмы в Великобритании за период с 2012 по 2013 г. лечение было признано удовлетворительным только у 16 % умерших взрослых людей [14]. Канадские авторы провели аудит трех крупных отделений общей практики и выявили, что из 884 взрослых пациентов с БА, которые наблюдались в течение года, ни один не получил индивидуального письменного плана действий в различных клинических ситуациях [13]. Российские исследования также свидетельствуют, что в реальной клинической практике врачи первичного звена зачастую ошибочно диагностируют БА, неверно определяют тяжесть ее течения, уровень контроля над симптомами; назначенное ими лечение (даже специалистами пульмонологами, аллергологами) не всегда соответствует общепринятым рекомендациям [15]. Суть проблемы заключается в недостатке знаний как среди врачей, так и среди пациентов. Кроме того, сложность существующих рекомен-

даций является серьезным препятствием для их внедрения в клиническую практику, поэтому регламентирующие документы, принятые специалистами по респираторной медицине, по ведению пациентов с БА, а также любые их изменения должны быть предельно понятны амбулаторному врачу.

Очевидно, что существует необходимость четко определить действия врача первичного звена на каждом этапе диагностики и лечения пациентов с БА. Тактика врача первичного звена отражена в рекомендациях Международной организации по ведению пациентов с хроническими респираторными заболеваниями (International Primary Care Respiratory Group, IPCRG), а также в национальных руководствах многих стран [3, 16]. Совет экспертов Российского респираторного общества (РРО) и Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) опубликовал в 2019 г. ясный и доступный алгоритм первичной диагностики БА для врачей первичного звена для улучшения диагностики и лечения больных БА в реальной клинической практике (рис. 1) [17].

Врач первичного звена должен заподозрить заболевание на основании совокупности типичных для БА жалоб и анамнеза пациента. Затем, используя данные обследования — клинические признаки (сухие свистящие хрипы, симптомы ринита/конъюнктивита) и результаты спирометрии с тестом на обратимость (прирост $ОФВ_1$ после пробы на 12 % и 200 мл), — подтвердить или отклонить диагноз БА [6, 7, 17]. Спирометрия показана и в тех случаях, когда

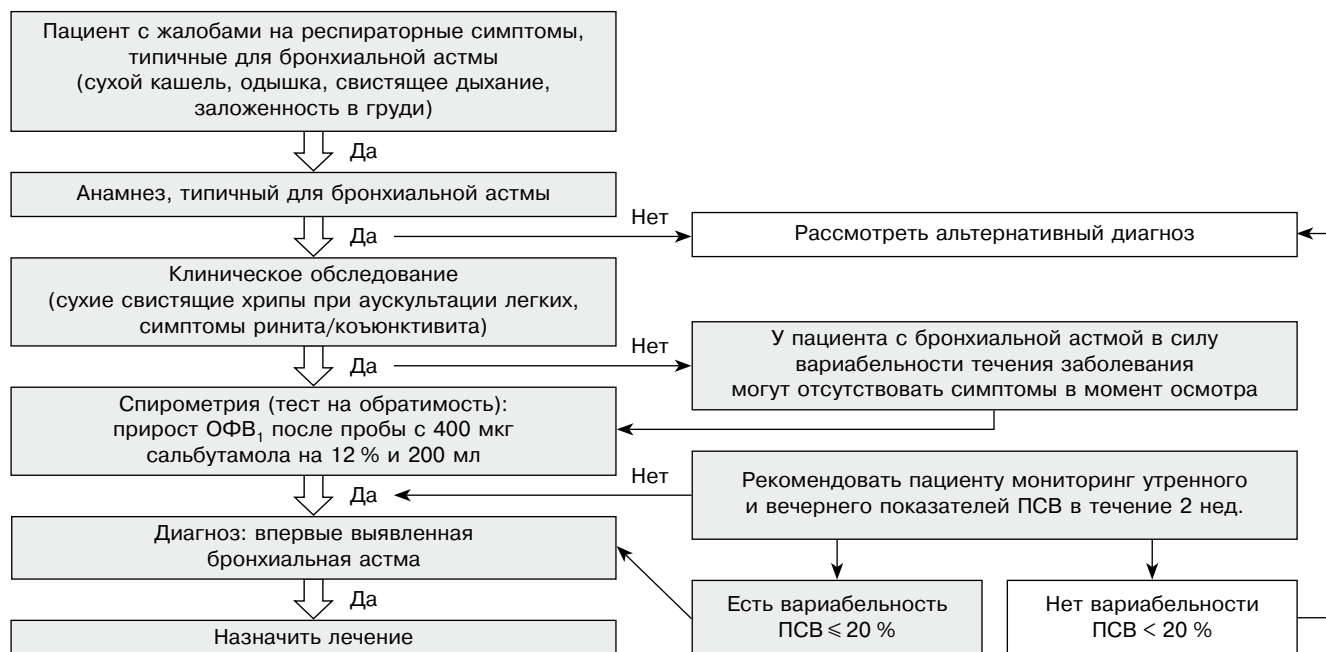


Рис. 1. Алгоритм первичной диагностики бронхиальной астмы врачами-терапевтами, врачами общей практики [17]. $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1-ю секунду; ПСВ — пиковая скорость выдоха

у пациента с подозрением на астму (типичный анамнез) в момент осмотра отсутствуют симптомы. Однократная спирометрия может быть недостаточной для постановки диагноза, особенно у лиц с легким течением заболевания. При отсутствии обструктивных нарушений следует провести повторное исследование в период наличия симптомов и/или оценить вариабельность пиковой скорости выдоха (ПСВ) в течение минимум 2 недель. Несмотря на общедоступность, безопасность и наличие современного компьютерного оборудования спирометрия применяется в практике врача первичного звена реже других диагностических методик [18].

В алгоритме приведены опросники для диагностики БА, дифференциальной диагностики БА и хронической обструктивной болезни легких, по оценке уровня контроля астмы, что позволит врачу первичного звена быстро принять клиническое решение [17].

В международных и национальных рекомендациях 2019 г. произошли изменения, которые меняют многолетнюю практику лечения больных БА, особенно с легким течением заболевания [6, 7].

По данным международных исследований у большинства взрослых пациентов (50–75 %) БА имеет легкое течение [19–21]. Согласно отечественным данным из различных источников (исследования; базы данных информационно-аналитических центров; пациенты, получающие льготное лекарственное обеспечение) предположительно доля пациентов с легким течением БА составляет от 17 до 50–60 % общего числа больных БА [22, 23].

В Великобритании в 2012–2013 гг. 30–40 % лиц, госпитализированных по причине тяжелого острого приступа БА, и 9 % умерших от астмы лиц имели легкое течение заболевания [14, 19, 24]. Как свидетельствуют исследования в разных странах, от 25 до 50 % пациентов с легкой БА, не принимающих ИГКС, имеют низкий уровень контроля над заболеванием [19, 23, 25]. Отмечено, что даже при легкой астме отмечается персистирующее воспаление дыхательных путей [26, 27].

Существуют как минимум две проблемы, которые ограничивают выявление лиц с легкой БА. С одной стороны, сложность диагностики, так как симптомы заболевания могут быть сходными с симптомами широкого круга болезней как органов дыхания (например, хроническая обструктивная болезнь легких, различные варианты бронхитов, хронические инфекции верхних дыхательных путей и др.), так и других систем (например, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы) [6, 7]. С другой стороны, взрослые люди с легкой астмой часто

недооценивают свое состояние, не обращаются к врачу, пока симптомы не станут более выраженными [9, 11].

У каких пациентов считать течение астмы легким? Легкое течение может быть интермиттирующим или персистирующим. Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БА (2019) у пациентов с впервые выявленной БА течение считается интермиттирующим на основании следующих признаков: дневные симптомы реже 1 раза в неделю; ночные симптомы не чаще двух раз в месяц; короткие обострения; $ОФВ_1$ или ПСВ ≥ 80 % от должного; разброс ПСВ или $ОФВ_1 < 20$ %. При легкой персистирующей БА дневные симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день; ночные симптомы реже 1 раза в неделю; обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон; $ОФВ_1$ или ПСВ ≥ 80 % от должного; разброс ПСВ или $ОФВ_1$ составляет 20–30 %.

Тяжесть БА у пациентов, получающих лечение, оценивается ретроспективно через 3–6 мес. терапии, объем которой необходим для достижения контроля за симптомами и обострений. Согласно давно устоявшемуся правилу, пациентам с легкой астмой для контроля симптомов достаточно терапии, соответствующей 1-й или 2-й ступени [6, 7]. Эффективность терапии должна быть вновь оценена через 3 мес., и, если терапии недостаточно, лечение надо усилить, и степень тяжести заболевания определяется как среднетяжелая.

Традиционный ступенчатый терапевтический подход к лечению основан на постоянном применении базисных препаратов для снижения риска обострений (особенно ИГКС), дополняемых КДБА по требованию для купирования острых симптомов. Ранее на 1-й ступени алгоритма лечения БА у лиц с симптомами, появляющимися менее двух раз в месяц, при отсутствии факторов риска обострений можно было не назначать ИГКС, ограничиваясь только КДБА по требованию (Глобальная инициатива по бронхиальной астме, Global Initiative for Asthma, GINA, 2018). В редакции GINA 2019 г. впервые за последние 30 лет не рекомендуется лечение только КДБА. Изменение многолетней тактики лечения основано на результатах недавних рандомизированных плацебо-контролируемых исследований SYGMA-1 и SYGMA-2 (Symbicort Given as needed in Mild Asthma) [28]. Одной из целей этих исследований было изучение потенциальных преимуществ и безопасности замены бронхолитика короткого действия тербуталина 0,4 мг на комбинацию будесонид/формотерол 160/4,5 мкг в качестве препарата для неотложной помощи при легкой астме. В исследовании SYGMA-1 было продемонстри-

ровано, что использование в режиме «по потребности» фиксированной комбинации будесонид/формотерол 160/4,5 мкг приводит к лучшему контролю симптомов, снижению частоты тяжелых и среднетяжелых обострений на 60 % по сравнению с тербуталином 0,5 мг. При терапии комбинацией будесонид/формотерол 160/4,5 мкг в режиме «по потребности» по сравнению с ежедневными ингаляциями будесонида 200 мкг 2 раза в сутки и тербуталина 0,4 мг по потребности показана сопоставимая эффективность по частоте обострений, но более слабый контроль симптомов. Однако, среднесуточная доза будесонида у лиц, получавших его в составе комбинации по мере необходимости, была на 83 % меньше, чем в группе регулярной терапии будесонидом 200 мкг 2 раза в день [29]. В исследовании SYGMA-2 было проведено сравнение двух подходов к противовоспалительному лечению БА легкого течения. Было показано, что фиксированный препарат будесонид/формотерол 160/4,5 мкг, используемый по потребности, не уступал будесониду 200 мкг 2 раза в день с тербуталином 0,4 мг по требованию в отношении частоты тяжелых обострений астмы в течение 52 недель лечения [30].

Исследование в реальной клинической практике PRACTICAL (Personalised Asthma Combination Therapy with an Inhaled Corticosteroid And fast-onset Long Acting beta agonist) имеет сходный дизайн с исследованиями SYGMA-1 и -2, но более широкие критерии включения пациентов. Исследование PRACTICAL показало, что у взрослых с легким и умеренным течением БА комбинация будесонид/формотерол, используемая по мере необходимости для облегчения симптомов, была более эффективна для предотвращения тяжелых обострений, чем поддерживающий прием низких доз будесонида и по необходимости β_2 -агониста короткого действия тербуталина [20].

Таким образом, были получены доказательства преимущества использования в режиме «по потребности» низких доз противовоспалительного препарата в комбинации с быстродействующим β_2 -агонистом (БДБА) перед использованием КДБА. Согласно GINA 2019 г. назначение комбинации будесонид/формотерол по потребности является первой линией выбора для купирования симптомов и базисной терапии на 1-й и 2-й ступени алгоритма лечения БА [6]. На ступени 1 предпочтительно использовать фиксированную комбинацию иГКС/БДБА в режиме «по потребности», а не КДБА. На ступени 2 эксперты рекомендуют в качестве первого варианта терапии ежедневно низкую дозу иГКС или комбинированный низкодозный препарат будесонид/формотерол по потребности. В РФ зарегистрированы 2 фиксированные комбинации

иГКС/БДБА: будесонид/формотерол, разрешенный к применению с 12 лет, и салбутамол/беклометазон — с 18 лет.

Алгоритм терапии пациентов с БА старше 18 лет, разработанный экспертами РРО и РААКИ, помогает врачу первичного звена принять решение о назначении лечения пациенту с впервые выявленной астмой в зависимости от выраженности симптомов (рис. 2). На основании степени контроля над БА (хороший, частичный или его отсутствие) врач рекомендует продолжить или изменить (увеличить, снизить) текущую фармакотерапию больному.

При впервые диагностированной астме легкого течения при хорошем контроле (симптомы менее 2 раз в неделю, показатели ОФВ₁ или ПСВ > 80 %) предпочтительным выбором является назначение фиксированной комбинации иГКС/БДБА или КДБА по потребности. Если симптомы отмечаются более 2 раз в неделю, даже при нормальных показателях спирометрии (ОФВ₁ и ПСВ > 80 %) необходимо сразу назначать ежедневно низкие дозы иГКС и дополнительно по потребности КДБА или фиксированную комбинацию иГКС/БДБА по потребности. Если пациент уже применяет комбинированный препарат иГКС/формотерол в режиме единого ингалятора (ежедневно и/или по потребности), то для принятия решения об изменении дозы необходимо учитывать уровень контроля симптомов. Снижение объема терапии рассматривается при сохранении контроля над симптомами более 3 мес.

Особое внимание должно быть уделено пациентам, получающим максимальную дозу иГКС и/или системные ГКС. Сначала необходимо убедиться, что тяжесть бронхиальной астмы не связана с низкой комплаентностью, неправильной техникой ингаляций препаратов, контактом с триггерами, курением, сопутствующими заболеваниями (например, заболеваниями верхних дыхательных путей, гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, хронической сердечной недостаточностью, депрессией). Пациенты с тяжелой БА должны быть направлены к пульмонологу для выбора дальнейшей терапии, которая включает тиотропия бромид, иммунобиологические препараты, минимальные дозы пероральных ГКС.

Несмотря на последние изменения в GINA, основной принцип ведения пациентов с БА остается прежним. Это оценка уровня контроля симптомов при каждом посещении. В течение последних 30 лет амбулаторным врачам рекомендуется составлять индивидуальные письменные планы для больных БА в зависимости от выраженности симптомов. Эти планы представляют собой перечень необходимых препаратов, принимаемых регулярно и по необходи-



Рис. 2. Алгоритм терапии пациентов старше 18 лет с впервые диагностированной бронхиальной астмой и пациентов старше 18 лет, которым ранее была назначена терапия [17]. ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за 1-ю секунду; ПСВ — пиковая скорость выдоха; иГКС — ингаляционные глюкокортикостероиды; ACQ-5 — опросник по контролю над бронхиальной астмой; ДДБА — длительнодействующие β₂-агонисты; КДБА — короткодействующие β₂-агонисты; АЛТР — антагонисты лейкотриеновых рецепторов

мости, и тактику самостоятельного регулирования терапии пациентом в трех клинических ситуациях: контроля симптомов, недостаточного контроля и отсутствия контроля. Для лучшего понимания эти ситуации имеют соответствующее цветовое обозначение (цвета светофора): зеленый, желтый и красный. Эффективность этой рекомендации подтверждается в систематических обзорах, метаанализах [31–34]. Использование пациентами плана действия по лечению астмы улучшает качество жизни, уменьшает симптомы и количество госпитализаций и вызовов скорой помощи. Данные 270 рандомизированных клинических исследований подтверждают, что самостоятельное регулирование терапии астмы согласно индивидуальному плану может уменьшить число обращений за неотложной помощью и улучшить контроль астмы, повысить приверженность пациентов к терапии иГКС, может быть эффективным в различных

демографических и культурных группах, при этом значительно не увеличивает общие расходы на здравоохранение. Авторы делают вывод, что приоритетное внимание должно быть уделено обучению пациентов самоуправлению заболеванием в качестве основного компонента повседневной помощи в сочетании с регулярным наблюдением врача.

Новая стратегия ведения больных легкой БА, отказ от монотерапии КДБА в пользу противовоспалительного бронхолитического препарата позволит не только улучшить контроль над заболеванием, комплаентность пациентов, но и снизить риск тяжелых обострений и смерти. Использование алгоритма диагностики и лечения БА врачами амбулаторно-поликлинической службы позволит сократить сроки постановки диагноза БА, вовремя и правильно назначить противовоспалительную терапию и контролировать течение заболевания.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». [Order No. 543n Ministry of Health Russia “Ob utverzhdenii polozheniya ob organizatsii okazaniya pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu”, dated 2012 May 15. (In Russ.)]. Доступно по: <https://rg.ru/2012/12/24/medpomoshch-site-dok.html>. Ссылка активна на 15.09.2019.

2. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. – ВОЗ: Женева, 2008. – 125 с. [World Health Organisation. World Health Report, 2008. Primary health care: more relevant today than ever. WHO: Geneva; 2008. 125 p. (In Russ.)]. Доступ по: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87666>. Ссылка активна на 29.11.2019.
3. Levy ML, Fletcher M, Price DB, et al. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: diagnosis of respiratory diseases in primary care. *Prim Care Respir J*. 2006;15(1):20-34. <https://doi.org/10.1016/j.pcrj.2005.10.004>.
4. Профессиональный стандарт: врач общей практики/семейный врач [электронный ресурс]. [Professional'nyy standart: vrach obshchey praktiki/semeynyy vrach (elektronnyy resurs)]. (In Russ.)]. Доступ по: <http://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/01/Profstandart-vrach-obshchey-praktiki.pdf>. Ссылка активна на 29.11.2019.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)”». [Order No. 293n Ministry of Health Russia “Ob utverzhdenii professional'nogo standarta “Vrach-lechebnik (vrach-terapevt uchastkovyy)””], dated 2017 March 21. (In Russ.)]. Доступно по: <https://base.garant.ru/71648500/>. Ссылка активна на 29.11.2019.
6. Global Initiative for Asthma. GINA is working to improve the lives of people with asthma in every corner of the globe. GINA; 2019. Available from: <http://www.ginasthma.org>. Ссылка активна на 29.11.2019.
7. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., и др. Федеральные клинические рекомендации «Бронхиальная астма». – М.: Минздрав РФ, ППО, 2019. [Federal'nyye klinicheskiye rekomendatsii “Bronkhial'naya astma”]. Moscow: Minzdrav RF, PPO; 2019. (In Russ.)]. Доступ по: http://www.spulmo.ru/upload/kr_bronhastma_2019.pdf. Ссылка активна на 29.11.19.
8. Price D, Fletcher M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the Recognise Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14009. <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.9>.
9. Demoly P, Paggiaro P, Plaza V, et al. Prevalence of asthma control among adults in France, Germany, Italy, Spain and the UK. *Eur Respir Rev*. 2009;18(112):105-112. <https://doi.org/10.1183/09059180.00001209>.
10. Partridge MR, van der Molen T, Myrseth SE, Busse WW. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulm Med*. 2006;(6):13. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-6-13>.
11. Kandane-Rathnayake RK, Matheson MC, Simpson JA, et al. Adherence to asthma management guidelines by middle-aged adults with current asthma. *Thorax*. 2009;64(12):1025-1031. <https://doi.org/10.1136/thx.2009.118430>.
12. Haughney J, Barnes G, Partridge M, Cleland J. The living and breathing study: a study of patients' views of asthma and its treatments. *Prim Care Respir J*. 2004;13(1):28-35. <https://doi.org/10.1016/j.pcrj.2003.11.007>.
13. Price C, Agarwal G, Chan D, et al. Large care gaps in primary care management of asthma: a longitudinal practice audit. *BMJ Open*. 2019;9(1):e022506. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022506>.
14. Levy ML. The national review of asthma deaths: what did we learn and what needs to change? *Breathe*. 2015;11(1):14-24. <https://doi.org/10.1183/20734735.008914>.
15. Емельянов А.В., Горячкина Л.А., Астафьева Н.Г., и др. Аллергический ринит и бронхиальная астма в реальной клинической практике: результаты российского многоцентрового исследования // Российский аллергологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 29–36. [Emelyanov AV, Goryachkina LA, Fstafeva NG, et al. Group of Investigators for ERAs Program, Russia. Allergic rhinitis and asthma in real clinical practice in Russia: multicenter clinical study. *Russian journal of allergy*. 2012;(1):29-36. (In Russ.)]
16. Overview of national guidelines used by primary care. IPCRG; 2019. Available from: <http://www.theipcr.org/display/ResMapping/Overview+of+national+guidelines+used+by+primary+care>.
17. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., и др. Пути улучшения диагностики и лечения больных бронхиальной астмой врачами первичного звена // Пульмонология. – 2019. – Т. 29. – № 4. – С. 457–467. [Avdeev SN, Aisanov ZR, Belevskiy AS, et al. A strategy for improvement in diagnosis and treatment of bronchial asthma in primary care. *Pul'monologiya*. 2019;29(4):457-467. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-4-457-467>.
18. Ayuk AC, Uwaezuoke SN, Ndukwu CI, et al. Spirometry in asthma care: a review of the trends and challenges in pediatric practice. *Clin Med Insights Pediatr*. 2017;11:1179556517720675. <https://doi.org/10.1177/1179556517720675>.
19. Dusser D, Montani D, Chanez P, et al. Mild asthma: an expert review on epidemiology, clinical characteristics and treatment recommendations. *Allergy*. 2007;62(6):591-604. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01394.x>.

20. Hardy J, Baggott C, Fingleton J, et al. Budesonide-formoterol reliever therapy versus maintenance budesonide plus terbutaline reliever therapy in adults with mild to moderate asthma (PRACTICAL): a 52-week, open-label, multicentre, superiority, randomised controlled trial. PRACTICAL study team. *Lancet*. 2019;394(10202):919-928. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31948-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31948-8).
21. Ding Bo, Small M. Disease burden of mild asthma: findings from a cross-sectional real-world survey. *Adv Ther*. 2017;34(5):1109-1127. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0520-0>.
22. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., и др. Легкая бронхиальная астма: настоящее и будущее // Пульмонология. – 2018. – Т. 28. – № 1. – С. 84–95. [Avdeev SN, Aisanov ZR, Belevskiy AS, et al. Mild bronchial asthma: the present and the future. *Pul'monologiya*. 2018;28(1):84-95. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2018-28-184-95>.
23. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА // Пульмонология. – 2011. – № 6. – С. 87–93. [Arkhipov VV, Grigoreva EV, Gavrishina EV. Kontrol' nad bronkhial'noy astmoy v Rossii: rezul'taty mnogotsentrovogo nablyudatel'nogo issledovaniya NIKA. *Pul'monologiya*. 2011;(6):87-93. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2011-0-6-87-93>.
24. Hartert T, Speroff T, Togias A, et al. Risk factors for recurrent asthma hospital visits and death among a population of indigent older adults with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2002;89(5):467-473. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)62083-2](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62083-2).
25. Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, et al. A new perspective on concepts of asthma severity and control. *Eur Respir J*. 2008;32(3):545-554. <https://doi.org/10.1183/09031936.00155307>.
26. Vignola AM, Chanez P, Campbell AM, et al. Airway inflammation in mild intermittent and in persistent asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157(2):403-409. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.157.2.96-08040>.
27. Boulay ME, Boulet LP. Discordance between asthma control clinical, physiological and inflammatory parameters in mild asthma. *Respir Med*. 2013;107(4):511-518. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.12.015>.
28. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Zhong N, et al. The SYGMA programme of phase 3 trials to evaluate the efficacy and safety of budesonide/formoterol given 'as needed' in mild asthma: study protocols for two randomised controlled trials. *Trials*. 2017;18(1):12-25. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1731-4>.
29. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, et al. Inhaled combined budesonide-formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018;378(20):1865-1876. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1715274>.
30. Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, et al. As-needed budesonide-formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018;378(20):1877-1887. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1715275>.
31. Kouri A, Kaplan A, Boulet LP, Gupta S. New evidence-based tool to guide the creation of asthma action plans for adults. *Can Fam Physician*. 2019;65(2):103-106.
32. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD001117. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001117>.
33. Peytremann-Bridevaux I, Arditi C, Gex G, et al. Chronic disease management programmes for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;27(5):CD007988. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007988.pub2>.
34. Pinnock H, Parke HL, Panagioti M, et al. Systematic meta-review of supported self-management for asthma: a healthcare perspective. *BMC Med*. 2017;15(1):64. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0823>.

Для цитирования: Похазникова М.А. Тактика врача первичного звена при ведении больных бронхиальной астмой в соответствии с последними изменениями в международных и национальных рекомендациях // Российский семейный врач. – 2019. – Т. 23. – № 4. – С. 5–11. <https://doi.org/10.17816/RFD18609>.

For citation: Pokhaznikova MA. Tactics of primary care physician in the management of patients with asthma in accordance with the latest changes in international and national guidelines. *Russian Family Doctor*. 2018;23(4):5-11. <https://doi.org/10.17816/RFD18609>.

Информация об авторах

Марина Александровна Похазникова — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. <http://orcid.org/0000-0001-9894-5974>. SPIN-код: 3387-0226. E-mail: pokmar@mail.ru.

Information about the authors

Marina A. Pokhaznikova — PhD, Associate Professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. <http://orcid.org/0000-0001-9894-5974>. SPIN-code: 3387-0226. E-mail: pokmar@mail.ru.