

Н.Е. Моногарова, Т.В. Кугаевская, А.В. Семендяева, А.А. Минаев, Ле А.Т.А., Т.В. Мороз
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Контроль бронхиальной астмы: как помочь пациенту сегодня и защитить его завтра?

Ключевые слова: бронхиальная астма, контроль, Симбикорт.

По данным эпидемиологических исследований Всемирной организации здравоохранения бронхиальная астма (БА) на протяжении XX и начала XXI столетий превратилась в одно из наиболее распространенных заболеваний на земном шаре. «Астму, без сомнения, можно отнести к числу наиболее древних заболеваний. Первые ее описания можно найти в древнеегипетских папирусах, а сам термин «астма» (удушье) ввел греческий поэт Гомер. Гиппократ считал астму проявлением дисбаланса жидкостей, приводящего к притоку флегмы из головного мозга. Во II веке до н.э. Aretaeus предложил рассматривать астму как самостоятельное заболевание, а не симптом. Первый труд по лечению астмы «Treatise on asthma» был написан в XII веке Moses Maimonides, который рекомендовал больным избегать эмоционального перенапряжения и половой активности. В Средние века для лечения астмы использовали кровопускание и слабительные препараты, а также различные необычные средства типа лошадиного помета и легкого лисицы»[4].

Первый селективный β_2 -адреномиметик салбутамол был синтезирован в 1966 году и сегодня остается одним из основных средств для лечения БА. В течение последних десятилетий мы стали свидетелями значительных изменений подходов к лечению этой патологии, что нашло отражение в докладах рабочей группы GINA (Global Initiative for Asthma) 1995 г., пересмотров 2002, 2006, 2007, 2008, 2009 гг. [11].

! Использование регламентирующих документов позволило сформулировать основную цель лечения БА — контроль заболевания. Новая редакция GINA 2009 рекомендует выделение двух компонентов контроля: текущий контроль (последние 1–4 недели) и будущие риски (месяцы и годы).



Текущий контроль включает в себя оценку частоты возникновения симптомов и использования препаратов по требованию, оценку переносимости физической нагрузки и показателей функции легких. Будущие риски возможно уменьшить путем предотвращения развития обострений и прогрессирующего снижения функции легких, а также путем минимизации побочных эффектов проводимого лечения [11]. Любое обострение астмы, особенно тяжелое, приводит к снижению функции легких, которое зачастую сохраняется длительное время и далеко не всегда восстанавливается до исходного уровня, ухудшая течение и прогноз заболевания.

На протяжении своей жизни пациенты, страдающие БА, могут иметь различные уровни контроля, т.е. у больных астмой может измениться статус контроля от контролируемого до частично контролируемого, а также возможно полное отсутствие контроля и наступление обострения. С другой стороны, пациенты с отсутствием контроля при использовании адекватной противовоспалительной терапии могут перейти на другой уровень — частичный или полный контроль. Изменение уровня контроля не всегда зависит от различных подходов к лечению, однако количество обострений достоверно меньше у больных, получавших терапию в режиме единого ингалятора — Симбикорта — для базисной терапии и купирования симптомов (табл. 1).

Наиболее тяжелым для пациентов является обострение. Тяжелое обострение астмы сопровождается значительным уменьшением воздушного потока из-за бронхоспазма, отека и гиперсекреции. В этих условиях ингаляционные кортикостероиды (ИКС) плохо проникают в бронхи. Именно поэтому для лечения обострений БА используются системные глюкокорти-

Вероятность изменения уровня контроля БА в зависимости от уровня контроля (согласно GINA) в предшествующую неделю, % (E. Bateman, ERS 2009, poster P1976)						
Вероятность изменения уровня контроля	Уровень контроля в предшествующую неделю					
	ИКС/БАДД в более высокой дозе + БАКД			Симбикорт для базисной терапии и купирования симптомов		
	Контроль	Частичный контроль	Отсутствие контроля	Контроль	Частичный контроль	Отсутствие контроля
Контроль	74	10	2,3	73	10	2,1
Частичный контроль	20	71	15	21	72	15
Отсутствие контроля	5,7	18	82	5,7	18	83
Обострение	0,18	0,31	0,98	0,083	0,21	0,66

Примечания: ИКС — ингаляционные кортикостероиды, БАДД — β_2 -агонист длительного действия, БАКД — β_2 -агонист короткого действия.

Одобрено МЗ Украины
только для оригинального
Симбикорта® Турбухалера®

Симбикорт® Турбухалер®

для базисной терапии и купирования симптомов



Эффективный, быстрый, простой контроль бронхиальной астмы

Симбикорт®
будесонид/формотерол

Краткая информация о применении препарата СИМБИКОРТ® ТУРБУХАЛЕР® (порошок для ингаляций)



Состав

1 доза содержит 160 мкг будесонида и 4,5 мкг формотерола.

Фармакологические свойства

Будесонид — глюкокортикостероид. Формотерол — селективный агонист β_2 -адренергических рецепторов быстрого и длительного действия.

Показания к применению

Регулярное лечение пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) умеренной и тяжелой степени, с часто повторяющимися симптомами и обострениями в анамнезе. Лечение бронхиальной астмы в

случаях, когда необходимо применение комбинации ингаляционного кортикостероида и β_2 -агониста длительного действия.

Способ применения и дозы

ХОЗЛ

Взрослые: 2 ингаляции 2 раза в сутки.

Поддерживающая терапия и купирование симптомов бронхиальной астмы

Взрослые: поддерживающая доза 1 ингаляция 2 раза в день утром и вечером, или 2 ингаляции утром или вечером. Некоторым пациентам может быть рекомендована поддерживающая доза 2 ингаляции 2 раза в день. При возникновении симптомов, используется

дополнительная ингаляция Симбикорта для их купирования. Суммарная суточная доза не должна превышать 8 ингаляций, однако временно может быть использовано до 12 ингаляций в сутки.

Дети и подростки (до 18 лет): применение в режиме поддерживающей терапии бронхиальной астмы.

Побочное действие

См. инструкцию по медицинскому применению. Наиболее распространенные побочные явления: головная боль, тремор, кандидозы слизистой оболочки полости рта и глотки, тахикардия, тошнота, головокружение, мышечные судороги.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к будесониду, формотеролу или лактозе.

Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

Условия отпуска. По рецепту.

РС МЗ Украины № UA/5433/01/02. Текст составлен согласно Инструкции для медицинского применения, одобренной МЗ Украины 16.11.2006 г. Текст подготовлен: май 2009 года. Симбикорт Турбухалер — торговые марки, собственность компании АстраЗенека. © AstraZeneca 2006-2010

PSYM0276UA012010

За полной информацией обращаться
в Представительство компании АстраЗенека в Украине:
04080 г. Киев, ул. В.Хвойки 15/15, тел.: 391 52 82. www.astrazeneca.ua

AstraZeneca

костероиды (ГКС). Предотвратить обострение астмы можно путем значительного увеличения дозы ИКС (в сочетании с β_2 -агонистами длительного действия) сразу после того, как появились первые симптомы обострения, но до того, как у больного возникает связанное с обострением ограничение воздушного потока. При усугублении симптомов возрастает потребность, а соответственно и частота использования бронхолитиков короткого действия, которые не оказывают влияния на воспаление — причину их возникновения. Применение Симбикорта для базисной терапии и купирования симптомов позволило изменить эту ситуацию. Заменяв β_2 -агонист короткого действия на Симбикорт, больной не только эффективно купирует симптомы БА (безусловно, на фоне приема базисной дозы), но и автоматически, независимо от назначений врача, уже при самых ранних признаках ухудшения увеличивает дозу ИКС [2–6].

! Используя режим SMART (Симбикорт для базисной терапии и купирования симптомов), больной при необходимости может увеличить суточную дозу ИКС в несколько раз по сравнению с исходной. Концепция SMART не является методом терапии обострений БА, но направлена на их предотвращение за счет быстрого и эффективного увеличения дозы ИКС. С другой стороны, после стабилизации состояния потребность в дополнительных ингаляциях исчезает, благодаря чему суммарная доза ИКС при таком режиме терапии оказывается ниже, чем при назначении фиксированных комбинаций в постоянной дозе.

По данным клинических исследований STEAM, STEP, STAY, SMILE COSMOS, COMPASS и AHEAD (2001–2009 гг.) было отмечено, что использование Симбикорта в режиме единого ингалятора (для базисной терапии и купирования симптомов) имеет достоверное преимущество перед применением монотерапии высокими (2–4-кратными) дозами ИКС, фиксированными комбинациями β_2 -агониста длительного действия и

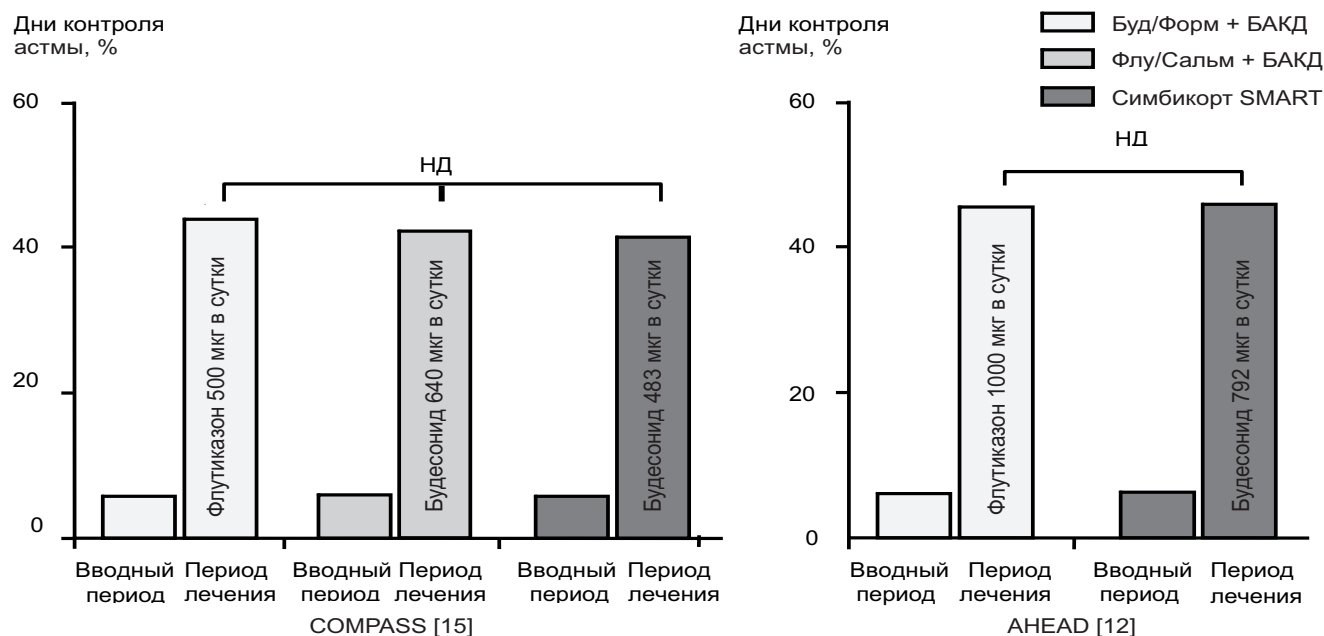
ИКС в средних и высоких дозах + β_2 -агониста короткого действия (БАКД) по требованию [13–15].

Терапия Симбикортом в режиме единого ингалятора (по данным исследований STEAM, STAY) значительно уменьшала симптомы БА, включая ночные проявления заболевания, по сравнению с группой больных, которым назначались высокие дозы будесонида и БАКД по требованию [12, 13].

Преимущества лечения Симбикортом в режиме единого ингалятора (SMART) у пациентов, использующих высокие дозы ИКС/БАДД (β_2 -агонист длительного действия), продемонстрированы в исследованиях COMPASS и AHEAD.

В исследовании COMPASS проводилось сравнение двух высокоэффективных схем лечения БА: применение будесонида/формотерола — Симбикорт — для поддерживающей терапии и купирования симптомов БА (режим единого ингалятора) и применение сальметерола/флутиказона в более высокой дозе (100/500 мкг в сутки) с дополнительным применением тербуталина по требованию. В обеих исследуемых группах было одинаковое количество дней контроля астмы, отмечено сопоставимое уменьшение выраженности симптомов, улучшение функции легких и снижение частоты использования ингаляций по требованию [16] (рис. 1). При этом отмечено уменьшение частоты развития обострений на 39% в группе терапии единым ингалятором (рис. 2).

В исследовании AHEAD 2309 пациентов БА были рандомизированы для терапии единым ингалятором (по 2 ингаляции будесонида/формотерола 160/4,5 мкг 2 раза в день и будесонид/формотерол по требованию) или для приема флутиказона/сальметерола по 50/500 мкг 2 раза в день в сочетании с БАКД по требованию. Сравнение не выявило преимуществ постоянного приема высоких доз флутиказона/сальметерола: группы статистически значимо не отличались по



Дни контроля астмы = день полного контроля, т.е. 24 часа, без симптомов, без использования препаратов для купирования симптомов и без ночных пробуждений.

Рис. 1. Сопоставимое улучшение ежедневных симптомов: Симбикорт для базисной терапии и купирования симптомов (SMART) в сравнении с более высокими дозами ИКС/БАДД + БАКД

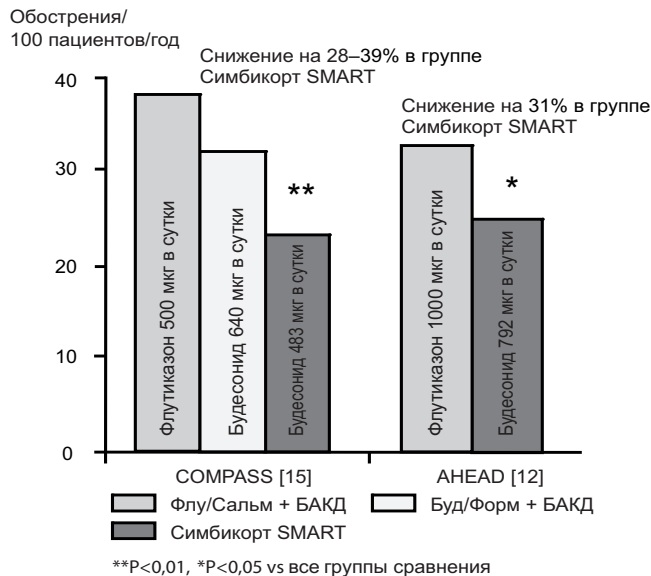


Рис. 2. Снижение частоты обострений у пациентов со средне-тяжелой и тяжелой БА: Симбикорт для базисной терапии и купирования симптомов в сравнении с более высокими дозами ИКС/БАДД + БАКД

дням контроля БА и выраженности симптомов (рис. 1). При этом пациенты, рандомизированные для приема SMART (терапии единым ингалятором), получали меньшие среднесуточные дозы ГКС (1238 мкг в сутки в пересчете на беклометазона дипропионат) по сравнению с больными в группе флутиказона/сальметерола (2000 мкг в сутки в пересчете на беклометазона дипропионат) [12].

В сравнении с максимально допустимыми дозами сальметерола/флутиказона в сочетании с БАКД исполь-

зование Симбикорта в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов снижает частоту тяжелых обострений БА и госпитализаций на 31% (рис. 2) [12]. Более того, данный подход к лечению обеспечивает дополнительную защиту пациентов, у которых все же отмечаются эпизоды ухудшения течения БА.

! Эти результаты подтверждают, что использование будесонида/формотерола в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов является наиболее эффективным подходом к лечению пациентов с БА средней тяжести и с тяжелой БА.

С каким бы режимом терапии не сравнивали терапию единым ингалятором по влиянию на будущие риски контроля БА, а именно на количество обострений, этот метод терапии имеет достоверные преимущества (рис. 3).

На рисунке 4 показан подсчет дополнительных ингаляций Симбикорта, примененных по требованию (по обобщенным данным всех исследований). Только 0,8% дней в году больные получали дополнительно более 6 ингаляций, а 56% дней — не использовали дополнительно ни одной ингаляции, что свидетельствует о контроле симптомов заболевания [15–19].

! Таким образом, терапия Симбикортом в режиме единого ингалятора подходит пациентам и со среднетяжелой и с тяжелой БА, а именно — лицам, не достигшим контроля при использовании низких доз ИКС, ИКС/БАДД, использующим высокие дозы ИКС/БАДД.

Пациенты с низкой приверженностью лечению зачастую применяют только бронхорасширяющие средства, поскольку они «помогают». Однако препараты «скорой помощи» (например сальбутамол) не влияют на воспаление, которое лежит в основе возникновения симптомов. Поэтому использование Симбикорта для снятия симптомов у пациента с низкой приверженностью терапии гарантирует автоматическое применение необходимого ИКС.

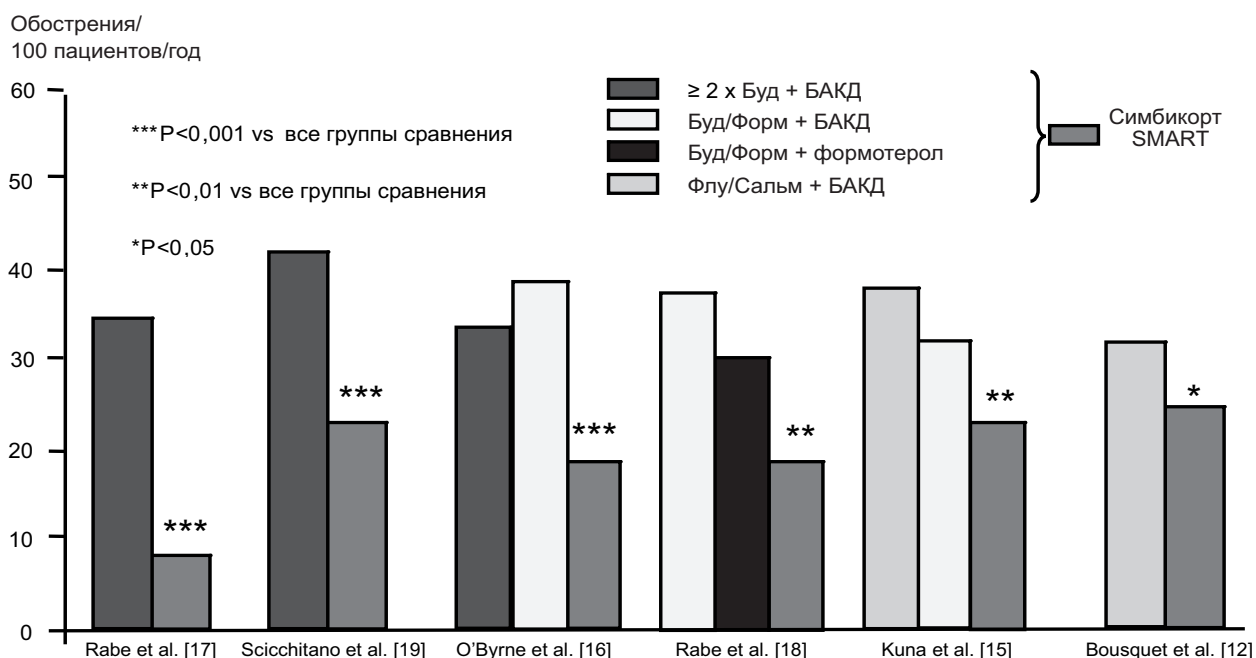


Рис. 3. Симбикорт для базисной терапии и купирования симптомов (SMART) стойко снижает частоту обострений в сравнении с традиционными режимами терапии

% дней применения Симбикорта по требованию

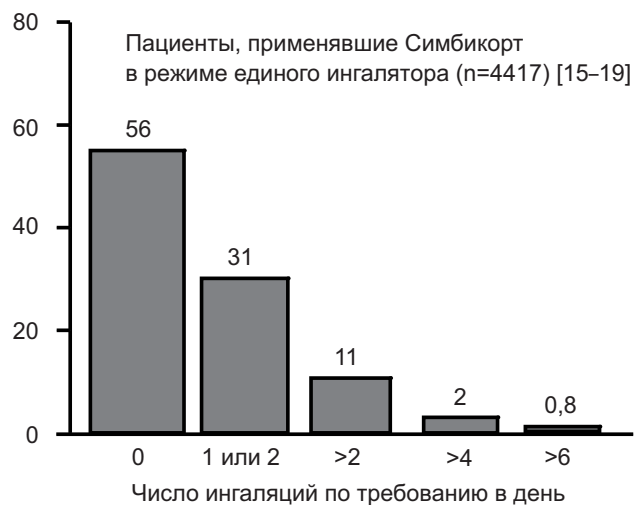


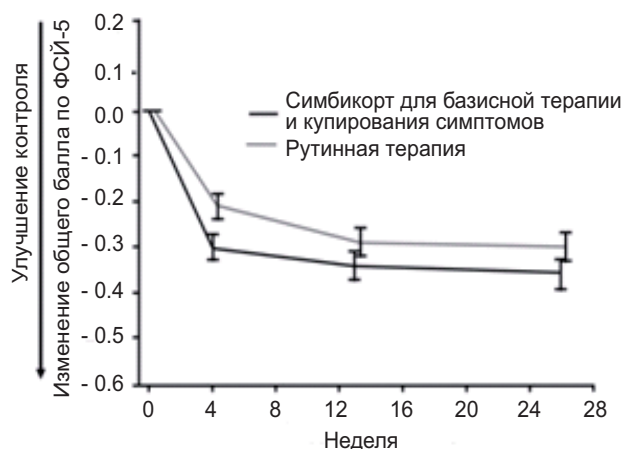
Рис. 4. Пациенты при терапии Симбикортом в режиме единого ингалятора (SMART) в большинстве дней не использовали ингаляции по требованию (по данным STEAM, STAY, STEP, SMILE & COMPASS)

На сегодняшний день не проводились исследования преимуществ терапии единым ингалятором у стероид-наивных пациентов, использующих только БАКД, у пациентов, применяющих системные кортикостероиды. Терапия в режиме SMART не подходит пациентам, у которых нет БА, которые используют БАКД при отсутствии симптомов БА.

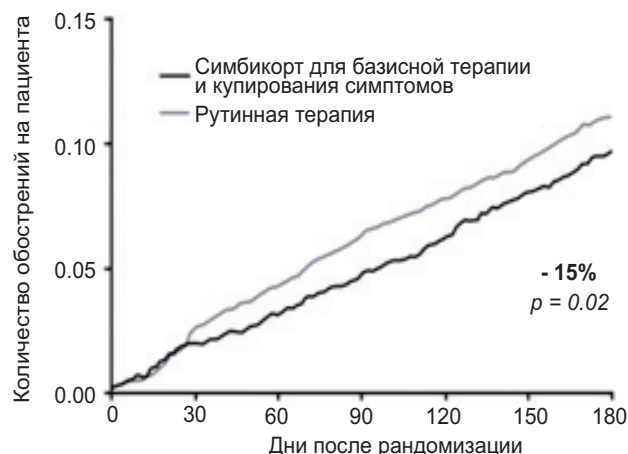
В 2009 году опубликованы материалы одного из последних исследований CHAMPION. Предпосылкой для проведения этого исследования была необходимость полностью экстраполировать результаты двойных слепых исследований на реальные клинические ситуации. Цель объединенного анализа шести открытых рандомизированных исследований продолжительностью 6 месяцев — определить преимущество терапии единым ингалятором Симбикорт Турбухалер в реальной клинической практике в сравнении с рутинной терапией (рис. 5) [22].



Основные результаты исследования CHAMPION демонстрируют, что использование Симбикорта в режиме единого ингалятора обеспечивает более эффективный ежедневный контроль симптомов БА в сравнении с рутинной терапией, а также уменьшает количество обострений при использовании более низких доз ИКС (-27%) (рис. 5).



Снижение суммарной средней суточной дозы ИКС



- 15%
 $p = 0.02$

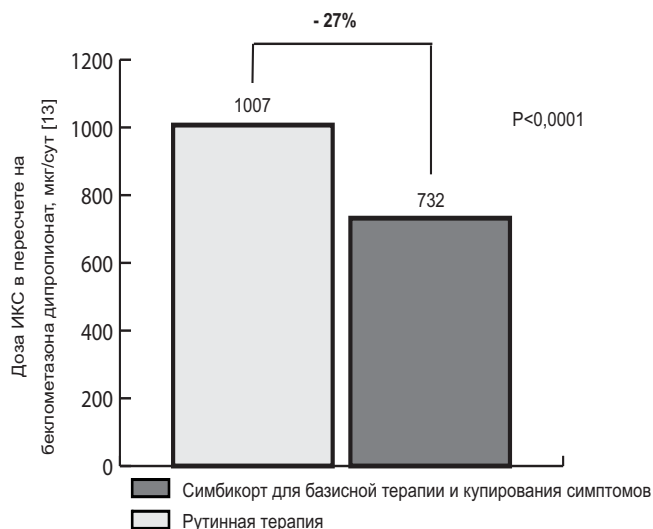


Рис. 5. Симбикорт в режиме единого ингалятора: более эффективный ежедневный контроль симптомов БА (контроль «сегодня») и уменьшение количества обострений (снижение будущих рисков) в сравнении с рутинной терапией [22]

Таблиця 2

Критерии, определяющие лучший ответ на терапию при использовании более высокой поддерживающей дозы (Haughney J., ERS 2009, abs 3051; Aubier M., ERS 2009, poster P2032)

Критерий	p	Критерий	p
ПСВ, % от должной после применения бронходилататора	0,01	Ночные пробуждения	0,45
ПСВ, % от должной перед применением бронходилататора	0,03	ACQ-5	0,47
ОФВ ₁ , % от должного перед применением бронходилататора	0,07	Обострения в течение предшествующего года	0,50
ОФВ ₁ , % от должного после применения бронходилататора	0,20	Число недель хорошего контроля	0,54
Курение	0,26	Ингаляции по требованию	0,61
Доза ИКС при включении	0,30	Длительность заболевания, годы	0,77
Индекс массы тела	0,38	Дневные симптомы	0,86
Пол	0,44	Возраст	0,96

Примечания: параметры отсортированы по величине p; ACQ-5 — Asthma Control Questionnaire; ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за первую секунду; ИКС — ингаляционный кортикостероид; ПСВ — пиковая скорость выдоха.

В 2009 году были опубликованы результаты крупнейшего из исследований Симбикорта в режиме единого ингалятора — исследования EUROSМАRT — с участием 8432 больных БА. Основной целью данного исследования было сравнить эффективность Симбикорта 160/4,5 мкг для базисной терапии и купирования симптомов (SMART) при использовании двух различных поддерживающих доз: 1 ингаляция 2 раза в день и 2 ингаляции 2 раза в день. Больные до включения в исследование получали ИКС в средней суточной дозе 1041 мкг. Согласно данным исследования EUROSМАRT было получено, что Симбикорт в режиме единого ингалятора, независимо от используемой поддерживающей дозы (1 или 2 ингаляции 2 раза в сутки) обеспечивает высокую эффективность как в достижении текущего контроля астмы, так и снижении риска тяжелых обострений у пациентов с сохраняющимися симптомами БА на фоне приема ИКС + БАДД. У большинства пациентов контроль БА достигается при использовании стандартной поддерживающей дозы Симбикорта — 1 ингаляция 2 раза в день. Для некоторых пациентов может быть необходима поддерживающая доза — 2 ингаляции 2 раза в день. Постбронходилатационная пиковая скорость выдоха (ПСВ) — критерий, определяющий пациентов, которым более высокие дозы поддерживающей терапии обеспечивают дополнительные преимущества. Так, у пациентов с ПСВ <80% от должной после применения бронходилататора отмечено снижение риска обострений на 31% (p=0,02) при применении поддерживающей дозы 2×2 по сравнению с дозой 1×2 (табл. 2) [1].

Терапия Симбикортом в режиме единого ингалятора для больных БА — наиболее эффективный и современный метод лечения. С позиции доказательной медицины этот метод терапии имеет преимущества перед использованием высоких доз ИКС (увеличение дозы ИКС в 2–4 раза), применением ИКС и БАДД в низких дозах, а также фиксированных комбинаций ИКС/БАДД в высоких дозах. Данный подход прост и понятен пациенту, при этом обеспечивается поддержание текущего контроля и достоверное снижение будущего риска тяжелых обострений.

Литература

1. Архипов, В. В. SMART — новая концепция терапии бронхиальной астмы [Текст] : Краткое руководство для врачей. — 2009. — 30 с.
2. Белевский, А. С. SMART — новая концепция применения симбикорта у больных бронхиальной астмой [Текст] / А. С. Бе-

левский, В. В. Архипов, А. Н. Цой // Укр. пульмонолог. журнал. — 2008. — № 2. — С. 51–54.

3. Лазарева, Н. Б. Существует ли альтернатива применению высоких доз ингаляционных ГКС для достижения контроля над бронхиальной астмой? / Н. Б. Лазарева, А. И. Карлов, В. В. Архипов // Пульмонология. — 2008. — № 4.

4. Моисеев, С. В. Этапы лечения бронхиальной астмы // Клин. фармакология и терапия. — 1993. — № 1. — С. 55.

5. Ненашева, Н. М. Контроль над бронхиальной астмой и возможности его достижения [Текст] // Пульмонология. — 2008. — № 3. — С. 91–96.

6. Огородова, Л. М. GINA 2006: контроль астмы как основная цель лечения и критерий эффективности терапии [Текст] / Л. М. Огородова, И. Л. Деев, П. А. Селиванова // Пульмонология. — 2007. — № 6. — С. 98–103.

7. Петровский, Ф. И. Выбор фармакотерапии тяжелой бронхиальной астмы [Текст] / Ф. И. Петровский, Л. М. Огородова // Пульмонология. — 2008. — № 3. — С. 84–88.

8. Петровский, Ф. И. Симбикорт для базисной и симптоматической терапии бронхиальной астмы: соответствие целям лечения и требованиям больных [Текст] // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2008. — № 2. — С. 23–28.

9. Фармакоэкономическое исследование новой концепции применения Симбикорта у больных бронхиальной астмой [Текст] / А. Н. Цой [и др.] // Пульмонология. — 2007. — № 3. — С. 34–40.

10. Феценко, Ю. А. Влияние терапии в режиме SMART на обострения бронхиальной астмы [Текст] // Здоров'я України. — 2008. — № 3/1. — С. 28–29.

11. Юдина, Л. В. Реалии и новые перспективы в лечении бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких [Текст] // Здоров'я України. — 2008. — № 9. — С. 36–37.

12. Budesonide/formoterol for maintenance and relief in uncontrolled asthma vs. high-dose salmeterol/fluticasone [Text] / J. Bousquet [et al.] // Respiratory medicine. 2007. — Vol. 101. — P. 2437–2446.

13. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Workshop Report, 2009. — <http://www.ginasthma.org>.

14. Budesonide/formoterol for maintenance and relief versus higher dose ICS/LABA therapy: Analysis of outcomes in patients symptomatic on high-dose steroids [Text] / P. Kuna [et al.] // Eur. Respir. J. — 2007. — Vol. 30 (Suppl. 51). — Abs. P2152.

15. Effect of budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy on asthma exacerbations [Text] / P. Kuna [et al.] // Int. J. Clin. Pract. — 2007. — Vol. 61, № 5. — P. 725–736.

16. Budesonide/formoterol combination therapy as both maintenance and reliever medication in asthma [Text] / P. M. O'Byrne [et al.] // Am. J. Respir. Crit Care Med. — 2005. — Vol. 171. — P. 129–136.

17. *Budesonide/formoterol* in a single inhaler for maintenance and relief in mild-to-moderate asthma: a randomised, double-blind trial [Text] / K. Rabe [et al.] // *Chest*. — 2006. — Vol. 129. — P. 246–256.

18. *Effect* of budesonide in combination with formoterol for reliever therapy in asthma exacerbations: a randomised controlled, double-blind study [Text] / K. Rabe [et al.] // *Lancet*. — 2006. — Vol. 368. — P. 744–753.

19. *Efficacy* and safety of budesonide/formoterol single inhaler therapy versus a higher dose of budesonide in moderate to severe asthma

[Text] / R. Scicchitano [et al.] // *Curr. Med. Res. Opin.* — 2004. — Vol. 20, № 9. — P. 1403–1418.

20. *A new perspective* on concepts of asthma severity and control [Text] / D. Taylor [et al.] // *Eur. Respir. J.* — 2008. — Vol. 32. — P. 545–554.

21. *Budesonide/formoterol* maintenance and reliever therapy: an effective asthma treatment option? [Text] / C. Vogelmeier [et al.] // *Eur. Respir. J.* — 2005. — Vol. 26. — P. 819–828.

22. *Budesonide/formoterol* maintenance and reliever therapy versus conventional best practice [Text] / P. Demoly [et al.] // *Respir. Med.* — 2009. — Vol. 103. — P. 1623–1632.

КОНТРОЛЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ: ЯК ДОПОМОГТИ ПАЦІЄНТУ СЬОГОДНІ ТА ЗАХИСТИТИ ЙОГО ЗАВТРА?

Н.Є. Моногарова, Т.В. Кузнецова, О.В. Семендяєва,
О.О. Мінаєв, Ле О.Т.А., Т.В. Мороз

Резюме. *Терапія Симбікортом в режимі єдиного інгалятора (SMART) для хворих на бронхіальну астму (БА) — найбільш ефективний та сучасний метод лікування. З позиції доказової медицини цей метод терапії має переваги порівняно з використанням високих доз інгаляційних кортикостероїдів (ІКС), додаванням β_2 -агоніста тривалої дії до ІКС у низьких дозах, а також застосуванням фіксованих комбінацій ІКС та β_2 -агоніста подовженої дії у високих дозах. На сьогоднішній день не проводилися дослідження переваг терапії в режимі єдиного інгалятора у стероїд-наївних пацієнтів, що користуються тільки β_2 -агоніста короткої дії (БАКД), а також у пацієнтів, що використовують системні кортикостероїди. Терапія в режимі SMART є недоцільною у пацієнтів, які не хворіють на БА та використовують БАКД за відсутності симптомів БА. Саме цей підхід є простим та зрозумілим для пацієнта, а також забезпечує підтримання поточного контролю та достовірне зниження майбутнього ризику тяжких загострень.*

Ключові слова: бронхіальна астма, контроль, Симбікорт.

BRONCHIAL ASTHMA CONTROL: HOW TO HELP THE PATIENT «TODAY» AND PROTECT HIM «TOMORROW»?

N.E. Monogarova, T.V. Kugayevskaya, O.V. Semendiyayeva,
A.A. Minayev, Le O.T.A., T.V. Moroz

Summary. *Symbicort Maintenance and Reliever Therapy (SMART) is the most efficient and state-of-the-art asthma treatment regimen. From the viewpoint of evidence-based medicine this method of therapy has a lot of advantages comparing to high ICS dose (2–4 fold increase), addition of long-acting β_2 -agonist to ICS in low doses and high doses of ICS/LABA fixed combinations. There are no studies on Symbicort SMART benefits in steroid-naïve patients and those who use systemic corticosteroids. SMART therapy is not suitable for those patients who don't suffer from asthma, those who use SABA having no asthma symptoms. This approach is simple and clear for patients while it provides current symptoms control as well as significant decrease of future exacerbations risk.*

Key words: asthma, asthma control, Symbicort.