

**А.В. Будневский, Ю.Г. Жусина, Н.Б. Лабжания**  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ**  
**АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ**  
**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. факультетской терапии*

**Резюме.** Представлены результаты исследования клинической эффективности применения беклометазона дипропионата (БДП) и флутиказона по сравнению с БДП в форме дозированного аэрозольного ингалятора и БДП спрей назальный дозированный Насобек у больных неконтролируемой бронхиальной астмой (БА) в сочетании с аллергическим ринитом (АР). Показана высокая эффективность и безопасность предложенных вариантов терапии неконтролируемой БА в сочетании с АР.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма (БА), неконтролируемое течение; схема терапии; беклометазона дипропионата; флутиказона.

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) – наиболее распространенное хроническое заболевание нижних дыхательных путей неинфекционного воспалительного характера [4, 10, 14, 24-27]. Результаты эпидемиологических исследований показали, что даже в странах с развитой системой здравоохранения уровень контроля над симптомами БА у больных в целом невысок: у 30% опрошенных, по крайней мере, 1 раз в неделю отмечались ночные симптомы БА, 29% больных в течение года пропускали работу/учебу из-за БА, а 46% опрошенных сообщили о том, что заболевание ограничивает их физическую активность [27]. Таким образом, проблема контроля над БА чрезвычайно актуальна во всем мире, несмотря на достижения современной фармакотерапии [2, 7-11, 18, 11, 22-28]. Причины отсутствия контроля астмы при правильно установленном диагнозе подразделяются на экзогенные и эндогенные. При этом среди внешних причин ведущая роль принадлежит сопутствующей патологии [1, 3-6], среди которой особое место занимает аллергический ринит (АР) [13, 15, 20, 21].

Известно, что аллергический ринит нередко представляет сопряженную с астмой проблему, часто предшествуя БА или развиваясь одновременно с ней у 50-90% пациентов. При этом значимость влияния АР на степень контроля над БА среди других экзогенных и эндогенных факторов в настоящее время до конца не изучена [13, 21].

В некоторых, хотя и не во всех исследованиях показано, что применение интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС), являющихся наиболее доступными в общей врачебной практике препаратами, для лечения сопутствующего АР оказывает небольшое влияние на уменьшение симптомов БА и снижение частоты осложнений. Антилейкотриеновые препараты, аллергенспецифическая иммунотерапия и антитела к IgE хоть и эффективны при обоих заболеваниях (уровень доказательности А), но являются дорогостоящими методами лечения БА в сочетании с АР [28].

Недостаточно изученными остаются и вопросы индивидуализации терапии БА в сочетании с АР с учетом фармакоэкономических аспектов лечения, что особенно

актуально для системы первичной медико-санитарной помощи в России, влияние различных лекарственных форм традиционно применяемых топических ГКС на контроль и качество жизни (КЖ) пациентов [8, 9, 16-19, 29].

Цель исследования – изучение клинической эффективности применения Беклазона Эко Легкое Дыхание и спрея назального дозированного Назарел по сравнению с бекламетазоном в форме ДАИ и бекламетазона в виде спрея назального дозированного (Насобек).

**Материал и методы исследования.** В сравнительное рандомизированное исследование, которое проводилось в двух параллельно набираемых группах, были включены 50 пациентов (12 мужчин и 38 женщин, средний возраст  $43,21 \pm 0,89$  года) с диагнозом: бронхиальная астма смешанного генеза, средней тяжести, неконтролируемая в сочетании с круглогодичным аллергическим ринитом средней тяжести.

Диагностику бронхиальной астмы проводили в соответствии с критериями Международного соглашения «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы, пересмотр 2007 года» на основании детального комплексного клинико-аллергологического, лабораторного и инструментального обследования [15]. Оценивали клинические симптомы – число дневных, ночных симптомов астмы, потребность в бронхолитиках короткого действия по данным дневников самоконтроля, уровень контроля БА по данным Asthma Control Test (ACT).

Спирометрию осуществляли с использованием спироанализатора «Диамант» (ООО «Алекс Медика», Россия). Диагноз «Аллергический ринит» выставлялся в соответствии с критериями программы ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, 2001). Оценка тяжести основных 4-х симптомов АР (ринорея, заложенность носа, чихание и зуд в носу) проводилась по 4-х балльной шкале (0 - симптом отсутствует, 1 – слабые проявления, 2 – умеренные проявления, 3 - выраженные проявления).

На первом визите (M0) пациенты подписывали информированное согласие, врачом проводилось клиническое обследование, оценка симптомов БА и АР, исследование функции внешнего дыхания с бронхолитической пробой (400 мкг сальбутамола/фенотерола), запись электрокардиограммы (ЭКГ), осуществлялись обучение технике ингаляции и коррекция лечения в соответствии в критериями включения/исключения.

На визите M 1 (через 2 нед. от включения больного в исследование) пациентам, входившим в первую группу, назначали дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) беклометазона (250 мкг 4 раза в сутки) и беклометазона в виде спрея назального дозированного Насобек (200 мкг 2 раза в сутки в каждый носовой ход), 2 группе – Беклазон Эко Легкое Дыхание (БЭЛД) 250 мкг 4 раза в сутки и флутиказон в виде спрея назального дозированного Назарел (100 мкг 1 раз в сутки в каждый носовой

ход). Дополнительно при необходимости пациенты обеих групп сравнения могли принимать препараты симптоматической терапии (деконгестанты).

Проводили клинико-инструментальное обследование, оценивали качество жизни с использованием опросника SF-36, контроль БА с использованием АСТ, оценку симптомов АР проводили с использованием шкалы АР.

На визите М2 оценивалась динамика клинических и инструментальных параметров, качества жизни, нежелательные явления. Нежелательные явления от приема препарата регистрировались в специальной карте, где указывалась дата возникновения, выраженность, связь с приемом исследуемого препарата.

Пациенты досрочно исключались из исследования в случае ошибочного включения в наблюдение; желания пациента выйти из исследования; не соблюдения рекомендаций врача в отношении исследуемого препарата; проявления серьезных нежелательных явлений, требующих отмены назначенной терапии; серьезного ухудшения состояния пациента, требующего назначения терапии, не предусмотренной дизайном исследования. Всего закончили исследование 42 человека (22 больных в первой и 20 пациентов во второй группах). Общая продолжительность исследования составила 12 недель.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows. Проверка гипотез о различиях между группами проводилась с использованием параметрических и непараметрических критериев в зависимости от типа распределения в рядах. Нулевая гипотеза при сравнении групп отклонялась при уровне значимости  $<0,05$ .

**Полученные результаты и их обсуждение.** Через 8 нед. терапии полного контроля удалось достичь в первой группе 11 пациентам (50,00%), во второй группе – 5 (25,00%), частично контролируемым течение БА стало у 6 (27,27%) больных в первой и 2 (10,00%) во второй группах, не удалось достичь контроля над заболеванием 5 (22,73%) больным, получавшим терапию БЭЛД и Назарелом, и 13 (65,00%) беклазоном ЭКО и Насобеком. Различия статистически значимы ( $\chi^2=7,73$ ,  $p=0,0210$ ).

В табл. 1 представлена динамика дневных, ночных симптомов и потребности в бронхолитиках короткого действия. Как видно из табл. 1, в первой и второй группах достоверно снизилось частота дневных симптомов с  $3,05\pm 0,24$  до  $0,50\pm 0,20$  в сутки ( $F=64,44$ ,  $p=0,0000$ ) и  $3,15\pm 0,22$  до  $0,90\pm 0,14$  в сутки ( $F=63,39$ ,  $p=0,0000$ ) соответственно. Различия между частотой дневных симптомов между первой и второй группами были статистически значимы ( $W=308,5$ ,  $p=0,0139$ ).

Аналогичная закономерность выявлена и в отношении частоты ночных симптомов, которая статистически значимо снизилась и у пациентов, получавших терапию БЭЛД и Назарелом, и больных, использовавших для лечения комбинацию Беклазона ЭКО и Насобека (табл. 1). Однако межгрупповых различий в точке М2 выявлено не было.

Таблица 1

*Динамика дневных симптомов, ночных симптомов, потребности в бронхолитиках короткого действия*

Больные БА+АР	до лечения (М1)	через 8 недели терапии (М3)	p
<i>Динамика дневных симптомов</i>			
Первая группа	3,05±0,24	0,50±0,20	0,0000
Вторая группа	3,15±0,22	0,90±0,14	0,0000
<i>Динамика ночных симптомов</i>			
Первая группа	1,04±0,16	0,27±0,09	0,0003
Вторая группа	0,95±0,17	0,50±0,11	0,0342
<i>Динамика потребности в бронхолитиках короткого действия</i>			
Первая группа	3,81±0,28	0,81±0,16	0,0000
Вторая группа	3,90±0,33	1,65±0,16	0,0000

Потребность в бронхолитиках короткого действия уменьшилась в первой группе с 4,81±0,14 до 1,12±0,15 в сутки, во второй группе – с 4,57±0,15 до 1,78±0,16 в сутки. Различия между больными первой и второй групп сравнения достоверны через 8 нед. терапии (W=300,0, p=0,0364).

На фоне терапии АР средней тяжести Назарелом отмечено достоверное уменьшение интенсивности всех 4-х назальных симптомов (ринореи с 2,42±0,11 до 0,73±0,08 балла, заложенности носа 2,92±0,13 до 0,71±0,08 балла, чихания с 2,21±0,11 до 0,88±0,12 балла, зуда в полости носа с 2,34±0,15 до 0,76±0,10 балла) (p<0,0001).

Аналогичная динамика отмечена и у больных второй группы, получавших терапию Насобеком. Выраженность клинической симптоматики в этой группе была несколько выше через 8 нед. лечения, однако достоверных различий с больными первой группы выявлено не было (p>0,05). Среднее значение выраженности симптома ринореи снизилось с 2,29± до 0,87 балла, заложенности носа 2,78±0,15 до 0,87±0,11 балла, чихания с 2,17±0,16 до 0,95±0,14 балла, зуда в полости носа с 2,43±0,18 до 0,84±0,13 балла) (p<0,0001).

Улучшение состояния отмечалось уже к концу 1-й недели приема Назарела, и данная тенденция сохранялась в течение 8 нед наблюдения. Использование и Назарела, и Насобека, приводило к нормализации сна, восстановлению дневной активности и трудовой деятельности, что свидетельствовало об улучшении качества жизни пациента. На фоне терапии и Назарелом, и Насобеком, у всех больных первой и второй групп сравнения, до включения в исследование использовавших деконгестанты, удалось сократить потребность в их приеме, вплоть до полной отмены.

В отношении зафиксированных нежелательных явлений необходимо отметить их незначительное количество и отсутствие необходимости отменить терапию назальными ГКС в обеих группах. Пациенты, принимавшие Назарел, отмечали в 1-ом случае сухость в полости носа, Насобек – в 2-х случаях – сухость в полости носа.

Таким образом, Насобек и Назарел показали сопоставимую эффективность в отношении влияния на основные назальные симптомы АР средней тяжести и отличную переносимость у больных БА в течение 8 недель терапии.

Таблица 2

**Показатели ФВД в первой и второй группах сравнения (M±m)**

Показатели	БЭЛД+ Назарел, n=22		Беклазон Эко+Насобек, n=20	
	M1	M2	M1	M2
Жизненная емкость легких (ЖЕЛ),%	78,17±1,89*	91,23±2,21**	77,11±2,02*	82,11±2,11
Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ),%	69,12±2,11*	86,51±2,12**	69,64±2,65*	78,22±2,98
Объем форсированного выдоха (ОФВ1),%	68,11±1,53*	88,12±2,11**	67,20±1,95*	78,41±2,85
Прирост ОФВ1, мл	378,4±23,9*	189,12±13,6**	381,3±24,1*	248,1±15,7

Примечания: p<0,05 - \* - различия достоверны до и после терапии, \*\* - p<0,05 – между первой и второй группами после терапии

Анализ динамики показателей спирометрических показателей позволил выявить следующие закономерности (табл. 2). Исходные значения ОФВ1 на момент включения в исследование составили в первой группе – 68,11±1,53 % от должного; во второй группе – 67,20±1,95 % от должного. Через 2 мес. терапии значения ОФВ1 в первой группе составили 88,12±2,11 % от должного, во второй группе – 78,41±2,85% от должного. Средние значения прироста ОФВ1 в бронхолитической пробе составили: до терапии в первой группе 378,423,9 мл, во второй группе 381,3±24,1 мл, через 8 недель терапии БЭЛД и Назарелом – 189,12±13,6 мл, Беклазоном ЭКО и Насобеком – 248,1±15,7 мл. Различия достоверны между больными первой и второй групп сравнения в отношении средних значений ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 и его прироста после 8 недель терапии.

В нашем исследовании применение комбинации БЭЛД и Назарела способствовало более выраженному снижению частоты дневных симптомов и сокращению потребности в короткодействующих бронхолитиках, чем использование комбинации Беклазон ЭКО и Насобека. Успешное лечение больных БА связано с регулярным применением Беклазона Эко Легкое Дыхание, поскольку при использовании данной формы доставки препарата пациенты в подавляющем большинстве случаев демонстрируют правильную технику ингаляции БЭЛД [11]. Таким образом, Беклазон Эко Легкое Дыхание в форме доставки Легкое Дыхание, являясь часто применяемым базисным препаратом, обладает более высокой клинической эффективностью и безопасностью по сравнению с обычными бесфреоновыми ДАИ и с успехом используется для лечения больных БА и АР средней тяжести.

Назарел и Насобек могут быть рекомендованы в качестве монотерапии больным БА и АР со среднетяжелым течением заболевания. Поскольку расходы на лечение АР в России пациент оплачивает из своих собственных средств, экономическая доступность качественного лекарственного средства имеет большое значение. Комплаентность пациента определенному виду терапии и препарату в конкретном случае зависит от эффективности, уровня безопасности, удобства применения и, конечно, стоимости. Увеличение ассортимента высокоэффективных и безопасных

противоаллергических препаратов за счет генерических повышает доступность качественного лечения для большего числа пациентов с БА и АР, поскольку возможно снижение суммарное финансовое бремя лечения БА в сочетании с АР за счет применения доступных, высокоэффективных и безопасных ГКС для лечения и БА, и АР.

**Выводы.** Бекламетазона дипропионат в форме доставки Легкое Дыхание, обладает высокой клинической эффективностью и безопасностью, и может быть препаратом выбора для лечения больных БА в сочетании с АР средней тяжести.

Назарел и Насобек показали высокую клиническую эффективность в отношении терапии АР у больных БА средней тяжести за уменьшения заложенности носа и восстановления нормального носового дыхания при низкой частоте побочных эффектов.

Высокая эффективность, безопасность и низкая стоимость (по сравнению с аналогами) делают предпочтительным выбор в пользу Назарела и Насобека в общей врачебной практике.

**Литература.**

1. Будневский А.В. Системный подход к изучению психонейроиммунологических взаимодействий при бронхиальной астме / А.В. Будневский // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 20-23.
2. Будневский А.В. Терапевтические подходы к контролю воспаления на уровне мелких бронхов при бронхиальной астме / А.В. Будневский, В.Т. Бурлачук, Н.Ольшева // Российский аллергологический журнал. – 2010. № 4. – С. 85-94.
3. Будневский А.В. Системный подход к анализу эффективности вакци-нации больных бронхиальной астмой в муниципальном районе / А.В. Будневский, Л.В. Трибунцева, А.В. Разворотнев // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 1. – С. 53-55.
4. Вахно О.В., Купаев В.И. Особенности бронхиальной астмы легкого течения на современном этапе // Практическая медицина. – 2011. – № 3 (51). – С. 143-146.
5. Гамазина М.В. Бронхиальная астма и гипертоническая болезнь: осо-бенности клинико-психологического статуса и реабилитации пациен-тов с сочетанной патологией / М.В. Гамазина, А.В. Будневский // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – № 32. – С. 63-69
6. Гамазина М.В. Клиническая эффективность комплексной реабилита-ционной программы у больных бронхиальной астмой с сопутствующей язвенной болезнью желудка и (или) двенадцатиперстной кишки / М.В. Гамазина, А.В. Будневский // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – № 32. – С. 33-39.
7. Добрынина И.С., Будневский А.В., Зуйкова А.А. Особенности психо-логического статуса больных бронхиальной астмой пожилого возраста с нарушениями сна на фоне терапии мелатонином // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, №4. – С. 925-928.
8. Ермолова А.В. Особенности достижения контроля у больных бронхиальной астмой с метаболическим синдромом / А.В. Ермолова, А.В. Будневский // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 1124-1127.
9. Ермолова А.В. Бронхиальная астма и метаболический синдром: воз-можности достижения контроля над заболеванием и улучшения каче-ства жизни / А.В. Ермолова, А.В. Будневский // Врач-аспирант. –2013. –Т. 61, № 6.2. –С. 319-325.
10. Ильина Н.И. Бронхиальная астма: оптимизации лечения и фармакоэпидемиологические аспекты / Н.И. Ильина // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 26-35.
11. Княжеская Н.П. Глюкокортикостероиды в терапии бронхиальной астмы // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10, № 5. – С. 245–250.

12. Купаев В.И., Филиппова Т.Ю. Организационные аспекты контроля бронхиальной астмы у женщин в репродуктивном периоде // Практическая медицина. 2004. № 2 (7). С. 23-24.
13. Исследование эффективности комплексной терапии беклометазоном и флутиказоном бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом / В.Т. Бурлачук, Е.В. Токмачев, Л.М. Вахтина, А.В. Будневский // Лечащий врач. – 2011. – № 4. – С. 93-95.
14. Мищенко О.В., Павлов В.В., Купаев В.И. Новые подходы к оценке фармакотерапии больных бронхиальной астмой в Самарской области // Пульмонология. 2005. № 5. С. 108-114
15. Немедикаментозные методы терапии в достижении контроля бронхиальной астмы / А.В. Будневский [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 2. – С. 45.
16. Особенности ведения пациентов с легкой бронхиальной астмой на этапе первичного звена здравоохранения / В.И.Купаев [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2012. – № 6. – С. 34-39
17. Провоторов В.М. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией // В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 30.
18. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А.В. Будневский [и др.] // Пульмонология. – 2013. – №1. – С. 54-58.
19. Роль нетеплового микроволнового электромагнитного излучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А.В. Будневский [и др.] // Пульмонология. – 2014. – № 3. – С. 78-82.
20. Терапия бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом в общей врачебной практике / В.Т. Бурлачук, Е.В. Токмачев, Л.М. Вахтина, А.В. Будневский // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2011. –Т. 10, №3. –С. 486-490.
21. Токмачев Е.В., Бурлачук В.Т., Будневский А.В. Исследование эффективности комплексной терапии бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом // Врач-аспирант. – 2014. – Т. 63, № 2.3. – С. 444-450.
22. Трибунцева Л.В. Системный подход к управлению терапией больных бронхиальной астмой / Л.В. Трибунцева, А.В. Будневский, А.В. Разворотнев // Врач-аспирант. – 2012. – № 1.2 (5). – С. 338-342.
23. Управление лечебно-диагностическим процессом у больных бронхиальной астмой в общей врачебной практике (семейной медицине) / А.В. Будневский [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 2. – С. 21-22.
24. Фассахов Р.С. Новые возможности терапии тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы / Р.С. Фассахов // Лечебное дело. – 2007. – № 4. – С. 41–45.
25. Цой А.Н. Контроль над бронхиальной астмой: каким он будет завтра? / А.Н. Цой, В.В. Архипов // Пульмонология. – 2004. – № 4. – С. 92–104.
26. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Published November 2007. <http://www.ginasthma.org>
27. Rees J. Asthma control in adults / J. Rees // BMJ. – 2006. – Vol. 332. – P. 767-771.
28. Wilson A.M. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and metaanalysis / A.M. Wilson, P.M. O'Byrne, K. Parameswaran // Am. J. Med. – 2004. – Vol. 116, № 5. – P. 338-344.

**Abstract.**

**A. V. Budnevsky, Yu. G. Zhusina, N. B. Labzhaniya**  
**FEATURES OF THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA IN COMBINATION WITH**  
**ALLERGIC RHINITIS IN OUT-PATIENT CONDITIONS**

*Voronezh State Medical University*

Results of a research of clinical effectiveness of use of beclomethasone of Dipropionas (BJP) and a flutikazon in comparison with BJP in the form of the dosed aerosol inhaler and BJP spray the nasal dosed Nasobek at patients with the uncontrollable bronchial asthma (BA) in combination with the allergic rhinitis (AR) are presented. High performance and safety of the offered options of therapy uncontrollable OH in combination with the ARE is shown.

**Keywords:** bronchial asthma (BA), uncontrollable current; scheme of therapy; Dipropionas beclomethasone; flutikazona.

**References:**

1. Budnevsky A. V. Systems approach to studying of psychoneuroimmunologic interactions at bronchial asthma / A.V. Budnevsky//Systems analysis and management in biomedical systems. – 2005. – Т. 4, No. 1. – Page 20-23.
2. Budnevsky A. V. Therapeutic approaches to monitoring of an inflammation at the level of shallow bronchial tubes at bronchial asthma / A.V. Budnevsky, V. T. Burlachuk, N. Olysheva//Russian allergological magazine. – 2010. No. 4. – Page 85-94.
3. Budnevsky A. V. Systems approach to the analysis of effectiveness of vaccination of patients with bronchial asthma in the municipal district / A.V. Budnevsky, L. V. Tribuntseva, A. V. Razvorotnev//Messenger of new medical technologies. – 2013. – Т. 20, No. 1. – Page 53-55.
4. Vakhno O. V., Kupayev V. I. Features of bronchial asthma of a mild current at the present stage//Applied medicine. – 2011. – No. 3 (51). – Page 143-146.
5. Gamazina M. V. Bronchial asthma and idiopathic hypertension: features of the kliniko-psychological status and rehabilitation of patients with the combined pathology / M. V. Gamazina, A. V. Budnevsky//the Scientific and medical bulletin of the Central Black Earth. – 2008. – No. 32. – Page 63-69
6. Gamazina M. V. Clinical effectiveness of the comprehensive rehabilitation program at patients with bronchial asthma with the accompanying peptic ulcer of a stomach and (or) a duodenum / M. V. Gamazina, A. V. Budnevsky//the Scientific and medical bulletin of the Central Black Earth. – 2008. – No. 32. – Page 33-39.
7. Dobrynina I. S., Budnevsky A. V., Zuykova A. A. Features of the psychological status of patients with bronchial asthma of advanced age with sleep disorders against the background of therapy by melatonin//Systems analysis and management in biomedical systems. – 2013. – Т. 12, No. 4. – Page 925-928.
8. Yermolova A. V. Features of achievement of monitoring at patients with bronchial asthma with a metabolic syndrome / A.V. Yermolova, A. V. Budnevsky//Systems analysis and management in biomedical systems. – 2013. – Т. 12, No. 4. – Page 1124-1127.
9. Yermolova A. V. Bronchial asthma and metabolic syndrome: possibilities of achievement of control over a disease and improvements of quality of life / A.V. Yermolova, A. V. Budnevsky//Doctor graduate student. –2013. –Т. 61, No. 6.2. –С. 319-325.
10. Ilyina N. I. Bronchial asthma: optimization of treatment and pharmakoepidemiologicheskyy aspects / N. I. Ilyina//Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, No. 1. – Page 26-35.
11. Princely N. P. Glucocorticosteroids in therapy of bronchial asthma//Russian medical журн. – 2002. – Т. 10, No. 5. – Page 245-250.
12. Kupayev V. I., Filippova T. Yu. Organizational aspects of monitoring of bronchial asthma at women in the reproductive period//Applied medicine. 2004. No. 2 (7). Page 23-24.
13. A research of effectiveness of complex therapy by beclomethasone and flutikazony bronchial asthma in combination with allergic rhinitis / V. T. Burlachuk, E. V. Tokmachev, L. M. Vakhtina, A. V. Budnevsky//the Attending physician. – 2011. – No. 4. – Page 93-95.
14. Mishchenko O. V., Pavlov V. V., Kupayev V. I. New approaches to assessment of a pharmacotherapy of patients with bronchial asthma in the Samara region//Pulmonology. 2005. No. 5. Page 108-114
15. Non-drug methods of therapy in achievement of monitoring of bronchial asthma / A.V. Budnevsky [etc.]//Reference book of the general practitioner. – 2014. – No. 2. – Page 45.
16. Features of maintaining patients with slight bronchial asthma at a stage of primary link of health care / V. I. Kupayev [etc.]//the Reference book of the general practitioner. – 2012. – No. 6. – Page 34-39
17. Provotorov V. M. Features of the psychological status of patients with bronchial asthma with an aleksitimiya//V. M. Provotorov, V. N. Krutko, A. V. Budnevsky//Pulmonology. – 2000. – No. 3. – Page 30.
18. A role of individual tutoring in achievement of control over bronchial asthma / A.V. Budnevsky [etc.]//Pulmonology. – 2013. – No. 1. – Page 54-58.
19. A role of not thermal microwave electromagnetic radiation in achievement of control over bronchial asthma / A.V. Budnevsky [etc.]//Pulmonology. – 2014. – No. 3. – Page 78-82.

20. Therapy of bronchial asthma in combination with allergic rhinitis in the common medical practice / V. T. Burlachuk, E. V. Tokmachev, L. M. Vakhtina, A. V. Budnevsky//Systems analysis and management in biomedical systems. – 2011. –Т. 10, No. 3. –С. 486-490.

21. Tokmachev E. V., Burlachuk V. T., Budnevsky A. V. Issledovaniye of effectiveness of complex therapy of bronchial asthma in combination with allergic rhinitis//the Doctor graduate student. – 2014. – Т. 63, No. 2.3. – Page 444-450.

22. Tribuntseva L. V. Systems approach to management of therapy of patients with bronchial asthma / L.V. Tribuntseva, A. V. Budnevsky, A. V. Razvorotnev//Doctor graduate student. – 2012. – No. 1.2 (5). – Page 338-342.

23. Management of medical and diagnostic process at patients with bronchial asthma in the common medical practice (family medicine) / A. V. Budnevsky [etc.]//the Reference book of the general practitioner. – 2014. – No. 2. – Page 21-22.

24. Fassakhov R. S. New opportunities of therapy of heavy uncontrollable bronchial asthma / R. S. Fassakhov//Medical business. – 2007. – No. 4. – Page 41-45.

25. Tsoi A. N. Control over bronchial asthma: what it will be tomorrow? / A. N. Tsoi, V. V. Arkhipov//Pulmonology. – 2004. – No. 4. – Page 92-104.

26. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Published November 2007. <http://www.ginasthma.org>

27. Rees J. Asthma control in adults/J. Rees//BMJ. – 2006. – Vol. 332. – P. 767-771.

28. Wilson A.M. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: systematic review and metaanalysis/A.M. Wilson, P.M. O'Byrne, K. Parameswaran//Am. J. Med. – 2004. – Vol. 116, No. 5. – River 338-344.