

# Актуальные рекомендации диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких

В статье представлен анализ новых рекомендаций по курации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, основанный на отечественном протоколе 2013 г. и дополнений к Глобальной инициативе по ХОБЛ 2015 г. Представлены данные нового подхода к классификации пациентов, страдающих ХОБЛ, а также патогенез, который лежит в основе нарушения бронхиальной проходимости у пациентов с ХОБЛ. Отмечены основные моменты, влияющие на тяжесть течения заболевания и определяющие качество жизни больного. Часть обзора посвящена самому раннему и наиболее постоянному симптому заболевания — кашлю. Описан алгоритм современного лечения кашля, опираясь на данные исследований и руководствуясь современными рекомендациями.

## Ключевые слова:

хроническая обструктивная болезнь легких, распространенность, смертность, нарушение воздушного потока, новая классификация, клиника, верификация диагноза, основной симптом, кашель, качество жизни.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является глобальной проблемой современного здравоохранения. Это связано с большой распространенностью данной патологии, быстро наступающей инвалидизацией и высокой смертностью больных. По данным ВОЗ, в мире страдают ХОБЛ 600 млн человек и к 2020 г. число больных удвоится. Согласно прогнозам, к 2020 г. ХОБЛ займет третье место среди ведущих причин смерти в популяции [6].

Основными зарубежными источниками, в которых представлена современная информация о критериях постановки диагноза, методах лечения, а также данные о распространенности ХОБЛ, являются документы GOLD — Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease (2011 г., с дополнениями 2014, 2015 гг.). Отечественный программный документ был утвержден МЗ Украины в 2013 г. (приказ № 555) [3, 4, 6, 7].

На сегодня ХОБЛ рассматривается как заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока. Эта болезнь обычно прогрессирует и связана с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ.

Как и прежде, к основным факторам риска отнесено табакокурение и загрязнение внешней среды. Также отмечена роль генетических факторов и профессиональных вредностей в возникновении и прогрессировании ХОБЛ.

Ограничение проходимости дыхательных путей прогрессирует и ассоциируется со специфическим воспалительным ответом легких на



**М.Н. Селюк,  
Н.Н. Козачок,  
О.В. Селюк**

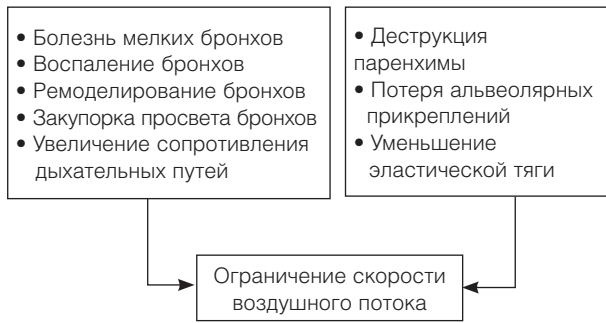
Украинская военно-медицинская академия,  
Киев

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Селюк Мар'яна Миколаївна**  
к. мед. н., доц.

01030, м. Київ,  
вул. М. Коцюбинського, 9/5  
Тел. (044) 261-85-56

Стаття надійшла до редакції  
23 березня 2015 р.



**Рис. 1.** Механизмы, лежащие в основе ограничения скорости воздушного потока при ХОБЛ

вредные частицы или газы. Особенностью ХОБЛ является прогрессирующее течение заболевания с хроническим ограничением скорости воздушного потока, протекающее с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы. Длительно протекающая ХОБЛ приводит к значительному числу внелегочных эффектов (рис. 1).

Диагноз ХОБЛ необходимо подозревать у пациентов старше 35 лет с одышкой, хроническим кашлем или выделением мокроты и/или с воздействием характерных для этой болезни факторов риска в анамнезе.

К основным признакам ХОБЛ относятся:

- одышка: прогрессирующая (ухудшается со временем), обычно усиливается при физической нагрузке, персистирующая;
- хронический кашель (может появляться эпизодически и быть непродуктивным);
- хроническое отхождение мокроты: любой случай хронического отхождения мокроты может указывать на ХОБЛ.

Воздействие факторов риска в анамнезе:

- курение табака (включая популярные местные смеси);
- дым от кухни и отопления в домашних условиях;
- профессиональные пылевые поллютанты и химикаты;
- семейный анамнез ХОБЛ.

Необходимо помнить, что эти признаки сами по себе не являются диагностическими, но наличие нескольких признаков увеличивает вероятность диагноза ХОБЛ. Для установления диагноза ХОБЛ необходима спирометрия. Спирометрическим критерием ограничения скорости воздушного потока остается постбронходилатационное отношение  $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$  [4, 7].

Часто первым симптомов ХОБЛ является кашель. Но он часто недооценивается пациентами, так как считается ожидаемым следствием



**Рис. 2.** Причины хронического кашля

курения и/или воздействия факторов окружающей среды. Вначале кашель может быть интермиттирующим, но позже он присутствует каждый день, нередко в течение всего дня. При ХОБЛ хронический кашель может быть непродуктивным. В некоторых случаях существенное ограничение скорости воздушного потока может развиваться без наличия кашля. Но и кашель может быть симптомом не только ХОБЛ, но и ряда других клинических состояний (рис. 2).

Чаще всего при ХОБЛ во время кашля выделяется небольшое количество вязкой мокроты. Также очень важный симптом — одышка, которая является основной причиной инвалидизации при ХОБЛ. В типичных случаях больные описывают одышку как ощущение увеличивающихся усилий для дыхания, тяжести, нехватки воздуха, удушья.

Выраженность одышки оценивают по шкале Британского медицинского исследовательского совета Breathlessness Measurement using the Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire [4, 6] (табл. 1).

Впервые в данном руководстве уделено большое внимание коморбидным состояниям, как причинам, ухудшающим прогноз. Подчеркнута необходимость выявлять в первую очередь такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, остеопороз, депрессия, дисфункция скелетных мышц, метаболический синдром, рак легкого, как усугубляющие тяжесть течения ХОБЛ (табл. 2).

Таким образом, при обследовании пациента с ХОБЛ необходимо учитывать симптомы, бронхиальную проходимость (спирометрия), риск возникновения обострений и коморбидность. Оценку симптомов проводят по оценочному тесту COPD Assessment Test (CAT), в котором каждый пункт оценивается по 5-балльной сис-

**Таблиця 1.** Оцінка одышки по шкалі Breathlessness Measurement using the Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire

Степень	Описание
0	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
1	Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение
2	Одышка заставляет больного идти более медленно по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности
3	Одышка заставляет больного делать остановки и при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4	Одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома, или она появляется при одевании и раздевании

**Таблиця 2.** Распространение сопутствующих хронических заболеваний у пожилых пациентов с тяжелым течением ХОБЛ

Сопутствующее хроническое заболевание	Распространенность, %
Артериальная гипертензия	48,6
Ишемическая болезнь сердца	37,2
Цереброваскулярная болезнь	36,7
Мерцание или трепетание предсердий	33,9
Хроническая почечная недостаточность	23,4
Хронические болезни печени	15,6
Клапанные пороки сердца	16,5
Поражения артерий нижних конечностей	12,8
Язвенная болезнь желудка, хронический гастрит	16,1
Другие хронические заболевания	6,4

**Таблиця 3.** Оценочный тест по ХОБЛ (CAT)

Я никогда не кашляю	① ② ③ ④ ⑤	Я постоянно кашляю
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	① ② ③ ④ ⑤	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)
У меня совсем нет ощущения сдавления в грудной клетке	① ② ③ ④ ⑤	У меня очень сильное ощущение сдавления в грудной клетке
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	① ② ③ ④ ⑤	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	① ② ③ ④ ⑤	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	① ② ③ ④ ⑤	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома
Я сплю очень хорошо	① ② ③ ④ ⑤	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо
У меня много энергии	① ② ③ ④ ⑤	У меня совсем нет энергии

теме. Подсчитав сумму баллов, делается вывод о степени выраженности симптомов и влиянии их на тяжесть заболевания и прогноз [4, 6] (табл. 3).

Как и ранее, классификация стадий ХОБЛ базируется на степени выраженности нарушений функции внешнего дыхания. Подчеркивается, что верификация диагноза ХОБЛ требует обязательного проведения спирометрии. Два основных критерия, на которых построена классификация — это индекс Тиффно (ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ) и объем форсированного выдоха в 1 с (ОФВ<sub>1</sub>) [3, 4, 7] (табл. 4).

Впервые в данном руководстве объединены показатели функции внешнего дыхания, оценка симптомов, частота обострений и степень выраженности одышки для распределения пациентов по категориям. Дальнейшая тактика ведения пациентов зависит от всех показателей и определяется категорией А, В, С, D. Это дает возможность более эффективно проводить

**Таблиця 4.** Классификация ХОБЛ по степени тяжести

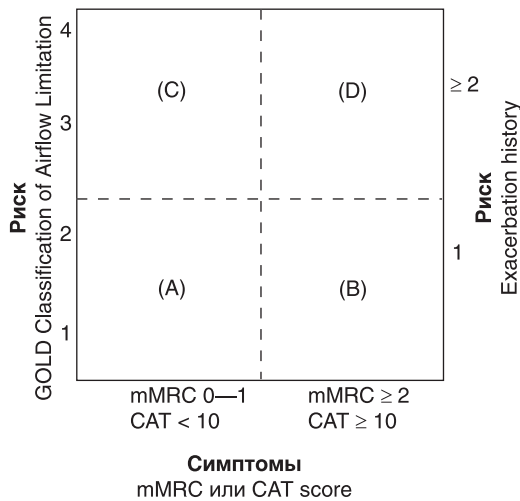
Стадия ХОБЛ	Клиника, данные спирометрии
I — легкая	ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ < 70 % ОФВ <sub>1</sub> ≥ 80 % от должного
II — средней тяжести	ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ < 70 % 50 % > ОФВ <sub>1</sub> < 80 % от должного
III — тяжелая	ОФВ <sub>1</sub> < 70 % 30 % > ОФВ <sub>1</sub> < 50 % от должного
IV — крайне тяжелая	ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ < 70 % ОФВ <sub>1</sub> < 30 % от должного или ОФВ <sub>1</sub> < 50 % от должного + ДН + СН

лечение и влиять на прогноз течения заболевания (рис. 3, табл. 5) [4, 7].

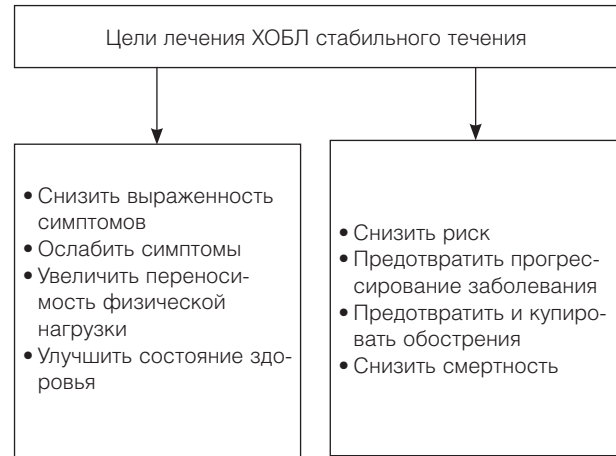
Целью лечения ХОБЛ является снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повы-

**Таблиця 5.** Определение риска больных ХОБЛ

Пациенты	Характеристика	Классификация по данным спирометрии	Обострение в течение года	mMRC	CAT
A	Низкий риск. Мало симптомов	GOLD 1—2	≤ 1	0—1	< 10
B	Низкий риск. Больше симптомов	GOLD 1—2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Высокий риск. Мало симптомов	GOLD 3—4	≥ 2	0—1	< 10
D	Высокий риск. Больше симптомов	GOLD 3—4	≥ 2	≥ 2	≥ 10



**Рис. 3.** Группы риска больных ХОБЛ



**Рис. 4.** Цели лечения ХОБЛ

шение толерантности к физической нагрузке и улучшение качества жизни.

Самой важной мерой профилактики ХОБЛ и предотвращения дальнейшего развития болезни

является отказ от курения табака (в том числе пассивного) (рис. 4).

К нефармакологическим методам лечения ХОБЛ относят:

**Таблиця 6.** Дифференциальная диагностика ХОБЛ

Диагноз	Признаки
ХОБЛ	Начинается в среднем возрасте. Симптомы медленно прогрессируют. В анамнезе курение табака или воздействие других типов дыма
Бронхиальная астма	Бронхиальная астма начинается в молодом возрасте (часто в детстве). Симптомы широко варьируют изо дня в день. Симптомы усугубляются ночью и рано утром. Присутствуют также аллергия, ринит и/или экзема. Семейная БА в анамнезе
Застойная сердечная недостаточность	При рентгенографии грудной клетки наблюдаются расширение сердца, отек легких. При функциональных легочных тестах выявляется объемная рестрикция, а не обструкция бронхов
Бронхоэктазия	Обильное выделение гнойной мокроты. Обычно сочетается с бактериальной инфекцией. При рентгенографии грудной клетки и КТ наблюдаются расширение бронхов, утолщение бронхиальной стенки
Туберкулез	Начинается в любом возрасте. При рентгенографии грудной клетки наблюдается легочный инфильтрат. Микробиологическое подтверждение. Высокая местная распространенность туберкулеза
Облитерирующий бронхит	Начало в молодом возрасте, у некурящих. В анамнезе может быть ревматоидный артрит или острое воздействие вредных газов. Наблюдается после трансплантации легких или костного мозга. При КТ на выдохе выявляются области с пониженной плотностью
Диффузный панbronхит	Наблюдается преимущественно у пациентов азиатского происхождения. Большинство пациентов — некурящие мужчины. Почти все больны хроническим синуситом. При рентгенографии грудной клетки и КТ высокого разрешения выявляются диффузные малые центрилобулярные узловые затемнения и гиперинфляция

Таблиця 7. Лечение ХОБЛ в зависимости от группы риска

Пациенты (категория)	Лечение первой линии	Второй вариант	Альтернативное лечение
A	Антихолинергические препараты короткого действия или бета <sub>2</sub> -агонисты короткого действия	Пролонгированные антихолинергические препараты или пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты, или комбинация антихолинергических препаратов короткого действия и бета <sub>2</sub> -агонистов короткого действия	Теофиллины
B	Пролонгированные антихолинергические препараты или пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты	Пролонгированные антихолинергические препараты и пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты	Антихолинергические препараты короткого действия и/или бета <sub>2</sub> -агонисты короткого действия, теофиллины
C	Ингаляционные глюкокортикостероиды + пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты или пролонгированные антихолинергические препараты	Пролонгированные антихолинергические препараты и пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты	Ингибитор фосфодиэстеразы-4, антихолинергические препараты короткого действия и/или бета <sub>2</sub> -агонисты короткого действия, теофиллины
D	Ингаляционные глюкокортикостероиды + пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты или пролонгированные антихолинергические препараты	Ингаляционные глюкокортикостероиды и пролонгированные антихолинергические препараты или ингаляционные глюкокортикостероиды + пролонгированные антихолинергические препараты + пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты или ингаляционные глюкокортикостероиды + пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты и ингибитор фосфодиэстеразы-4, пролонгированные антихолинергические препараты + пролонгированные бета <sub>2</sub> -агонисты или ингибитор фосфодиэстеразы-4 + пролонгированные антихолинергические препараты	Карбоцистеин, антихолинергические препараты короткого действия и/или бета <sub>2</sub> -агонисты короткого действия, теофиллины

- отказ от курения;
- физическую активность;
- вакцинацию против гриппа;
- вакцинацию против пневмококковой инфекции.

Медикаментозное лечение определяется в зависимости от принадлежности к той или иной категории. Важно помнить, что в период стабильного течения ХОБЛ антибактериальная терапия не проводится. Согласно современным представлениям о сущности ХОБЛ бронхиальная обструкция является главным и универсальным источником всех патологических событий, развивающихся при постоянном прогрессировании заболевания и приводящих к дыхательной недостаточности. В связи с этим бронходилататоры занимают центральное место в терапии стабильной ХОБЛ [4, 6, 7] (табл. 7).

В отечественном протоколе по курации больных ХОБЛ, принадлежащих к группам А и В,

рекомендованы дополнительные препараты, уменьшающие кашель и существенно влияющие на качество жизни пациентов. Одним из изученных и подтвердивших свою эффективность и безопасность является фенспирид («Инспиرون») [3, 4]. «Инспирон» вызывает ингибирующее действие на активность фосфолипазы А<sub>2</sub>, но в отличие от кортикостероидов блокирует транспорт ионов Са<sup>2+</sup>. Благодаря этому свойству «Инспирон» лишен побочных эффектов кортикостероидов и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Противовоспалительное и противокашлевое действие «Инспирона» состоит в уменьшении синтеза простагландинов, лейкотриенов, ряда других цитокинов и гистамина. Благодаря способности блокировать гистаминовые Н<sub>1</sub>-рецепторы, «Инспирон» оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру бронхов, препятствует развитию отека и снижает бронхиальную секрецию.



А інгібує альфа-адренорецептори, «Інспірон» зменшує вязкість мокроты і збільшує, таким образом, мукоциліарний кліренс. Крім того, препарат збільшує швидкість руху ресничок покривного епітелію трахеобронхіального дерева. Також «Інспірон» викликає виражене затримання секреції фактора некрозу опухолей, приводить до зниження факторів хемотаксису і зменшує міграцію запальних клітин.

Благодаря такому багатогранному діянню «Інспірон» в короткі терміни забезпечує швидке припинення кашлю. Но діянню препарату проявляється не тільки в припиненні кашлю, но і зменшенні об'єму продукуємої мокроты, супроводжується поліпшенням дихальної функції і показателів кислого крові, свідечуючи об зменшенні обструкції дихальних шляхів.

На сьогодні вже існує достатнє кількість досліджень, підтверджуючих високу клінічну ефективність фенспіриду гідрохлориду і його безпеку во всіх вікових групах [1, 2, 5].

Учитывая дані властивості «Інспірона», он рекомендован при нетяжелых обострєниях і в складі базисної терапії в термін 2–5 міс після обострєння ХОБЛ у хворих як групи А, так і групи В [3, 4].

*Клінічний випадок.* Хворий Л., 46 років, звернувся амбулаторно з скаргами на інтенсивний сухий мучительний кашель, який турбує на протязі всього дня і суттєво впливає на якість життя. Також хворого турбує одышка і дискомфорт в грудній клітці при фізичній навантаженні середньої інтенсивності, збережений після обострєння.

*Анамнез захворювання.* Діагноз ХОБЛ верифікований 6 років назад. Обострєння захворювання відбувається 1 раз в рік. Останнє обострєння було в січні 2015 р. Лікувався стаціонарно. В схемі лікування застосовували антибактеріальну терапію. Випущений зі стаціонару з поліпшенням. Дані рекомендації. Після виписки хворого продовжував турбувати сухий кашель. По раді жінки приймав мукалтин і відхаркувальні збори трав. Ситуація не поліпшилась. Кашель суттєво змінив якість життя хворого. Для оцінки кашлю використовували шкалу, де ступінь вираженості симптома оцінювали в балах.

Оцінка кашлю в балах:

- 0 — нет кашля;
- 1 — кашель только утром;
- 2 — редкое покашливание среди дня;
- 3 — кашель постоянный.

На момент звернення кашель був оцінений в 3 бала.

*Анамнез життя.* Хворий курить з 18 років. Останні роки висує 15 сигарет в день. Індекс пачка/рік становить 21 (вище 10 — достовірний фактор ризику ХОБЛ).

Індекс вираховували по формулі:

індекс пачка/рік = число сигарет, висуєваних в день × стаж куріння (роки)/20:

- число сигарет за день — 15;
- стаж куріння (кількість років) — 28.

Індекс — 21.

При об'єктивному дослідженні виявлено: АД — 130/80 мм рт. ст., ЧД — 18 в 1 хв, ЧСС — 78 в 1 хв. Перкуторно — над легкими коробочний звук. В легенях жорстке дихання, видих удлинений.

*Додаткові методи дослідження.* Загальний аналіз крові: еритроцити —  $4,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін — 150 г/л, паличкоядерні лейкоцити — 1 %, сегментоядерні — 66 %, лімфоцити — 20 %, моноцити — 9%, еозінофіли — 4 %, СОЕ — 14 мм/х.

Рентгенологічні дані: легочні поля без патологічних тіней. Корні розширені, розподіляються осередки фіброзу. Синуси вільні.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний. Синусова тахікардія. Електрична вісь серця відхилена вліво. Дифузні зміни міокарда.

Спирографія: ОФВ<sub>1</sub> — 69 % від нормального. Індекс Тиффно ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ — 65 % від нормального.

Проведя тест оцінки ХОБЛ і одышки, ми отримали наступні результати:

- модифікована шкала одышки mMRC — 1 балл;
- тест оцінки ХОБЛ (ТОХ) — загальна сума 15.

Таким образом, дослідивши хворого, йому був поставлений діагноз: ХОБЛ. Клінічна група В. Фаза ремісії.

К клінічній групі В відносяться пацієнти з низьким ризиком, но великою кількістю симптомів. За даними спірометрії GOLD 1–2. Обострєння в термін року ≤ 1. Одышка по шкалі mMRC відповідає 2. Оціночний тест (ТОХ) ≥ 10.

Згідно сучасним рекомендаціям лікування кашлю, пацієнтам клінічної групи А і В слід призначати фенспірид. Нами був обрано «Інспірон», препарат вітчизняного виробника корпорації «Артеріум», з доведеною біоеквівалентністю, давно застосовується на ринку і має чудовий профіль ефективності і безпеки.

«Інспірон» (80 мг) призначався по 1 таблетці (80 мг) 3 рази в день в термін 1 міс.

Таблиця 8. Показатели теста оценки ХОБЛ до и после лечения «Инспирином»

Я никогда не кашляю	До лечения	0	1	2	3	4	5	Я постоянно кашляю
	После	0	1	2	3	4	5	
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	До лечения	0	1	2	3	4	5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)
	После	0	1	2	3	4	5	
У меня совсем нет ощущения сдавления в грудной клетке	До лечения	0	1	2	3	4	5	У меня очень сильное ощущение сдавления в грудной клетке
	После	0	1	2	3	4	5	
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	До лечения	0	1	2	3	4	5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка
	После	0	1	2	3	4	5	
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	До лечения	0	1	2	3	4	5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена
	После	0	1	2	3	4	5	
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	До лечения	0	1	2	3	4	5	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома
	После	0	1	2	3	4	5	
Я сплю очень хорошо	До лечения	0	1	2	3	4	5	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо
	После	0	1	2	3	4	5	
У меня много энергии	До лечения	0	1	2	3	4	5	У меня совсем нет энергии
	После	0	1	2	3	4	5	

Через 1 мес состоялся повторный осмотр врача. При повторном визите больной предъявлял жалобы на изредка беспокоящий кашель в утреннее время. Кашель был оценен в 1 балл. Физические нагрузки средней интенсивности не вызывали одышки. Лечение «Инспирином» переносил хорошо, побочные эффекты не возникали.

После дополнительного исследования мы получили следующие результаты:

- спирография: ОФВ<sub>1</sub> — 76 % от должного;
- индекс Тиффно ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ — 70 % от должного.

Проанализировав тест оценки ХОБЛ до и после лечения «Инспирином», мы отметили существенное улучшение как субъективных данных, так и показателей объективного обследования. Улучшились параметры спирографии. Тест оценки одышки и оценки ХОБЛ представлен в табл. 8.

В результате проведенной терапии клиническое состояние пациента улучшилось. Ему был верифицирован диагноз: ХОБЛ, клиническая группа А. Фаза ремиссии. К клинической группе А относятся пациенты с низким риском, у которых мало симптомов. Классификация за данными спирометрии GOLD 1—2. Обострение в течение года ≤ 1. Одышка по шкале mMRC 0—1. Оценочный тест (ТОХ) < 10.

Таким образом, данный клинический случай продемонстрировал высокую эффективность и безопасность препарата «Инспирином» для лечения кашля у пациентов с ХОБЛ клинических групп А и В. Считаем целесообразным рекомендовать «Инспирином» для данной категории больных, начиная с первых симптомов усиления кашля для быстрого наступления клинической эффективности и улучшения качества жизни.

## Список литературы

1. Овчаренко С.И., Глухарева И.С. Эффективность и безопасность применения фенспирида гидрохлорида при лечении острых респираторных инфекций у детей первых месяцев жизни // Педиатрия.— 2009.— № 3.— С. 101—103.
2. Соколов А.С. Фенспирид в лечении заболеваний бронхолегочной системы и ЛОР-органов // Пульмонология.— 2003.— № 13 (5).— С. 122—127.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації // Наказ Міністерства охорони здоров'я від 27 червня 2013 року № 555.
4. Хронічне обструктивне захворювання легень. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах // Наказ Міністерства охорони здоров'я від 27 червня 2013 року № 555.
5. Эрдес С.И. Патогенетические основы применения и эффективность фенспирида в педиатрической практике // Вопр. совр. педиат.— 2004.— Т. 4, № 3.— С. 46—50.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): December 2011 <http://www.goldcopd.org>.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Update Feb. 2015 <http://www.goldcopd.org>.

**М.М. Селюк, М.М. Козачок, О.В. Селюк**

Українська військово-медична академія, Київ

## Актуальні рекомендації діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень

У статті представлено аналіз нових рекомендацій щодо курації пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень, заснований на вітчизняному протоколі 2013 р. та доповненнях до Глобальної ініціативи з ХОЗЛ 2015 р. Представлено дані нового підходу до класифікації пацієнтів, які страждають на ХОЗЛ, а також патогенез, що лежить в основі порушення бронхіальної прохідності в пацієнтів з ХОЗЛ. Відзначено основні моменти, що впливають на тяжкість перебігу захворювання та визначають якість життя хворого. Частина огляду присвячена найбільш ранньому і найбільш постійному симптому захворювання — кашлю. Описано алгоритм сучасного лікування кашлю, ґрунтуючись на даних досліджень та керуючись сучасними рекомендаціями.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, поширеність, смертність, порушення повітряного потоку, нова класифікація, клініка, верифікація діагнозу, основний симптом, кашель, якість життя.

**M.N. Seliuk, N.N. Kozachok, O.V. Seliuk**

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv

## The recent recommendations for the diagnosis and treatment of the chronic obstructive pulmonary disease

This review presents an analysis of the new recommendations for Supervision of patients with chronic obstructive pulmonary disease, based on the national record in 2013 and amendments to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2015. The data of the new approach to the classification of patients with COPD. Dan pathogenesis, which is the basis of violation of bronchial patency in patients with COPD. Marked highlights affecting the severity of the disease and determine the quality of life of the patient. Part of the review is devoted to the earliest and most constant symptom of the disease, coughing. The algorithm of the modern evidence-based treatment of cough has been described, with account of the current guidelines.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, prevalence, mortality, disturbance of the air flow, a new classification, clinical features, diagnosis verification, the main symptom, cough, quality of life. □