

ЛЕЧЕНИЕ НЕТЯЖЕЛЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

И. Л. Клячкина¹, Ю. К. Дмитриев²

¹Российская медицинская академия последиplomного образования; ²Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко, Москва

Целью исследования явилась сравнительная оценка клинической эффективности применения двух схем назначения больным, переносящим легкое/среднетяжелое обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) бронхолитической и муколитической терапии. В исследование включены 49 больных ХОБЛ в фазе обострения. Больные разделены на 2 группы: 1-я группа (n=25) получала комбинированный препарат аскорил по 10 мл 3 раза в день внутрь; 2-я (n=24) - одновременно 2 препарата – сальбутамол 200 мкг (по 2 вдоха 3 раза в день) и бромгексин 8 мг 3 раза в день, лечение проводилось в течение 10 дней. Оценку эффективности терапии проводили по динамике клинических симптомов (кашель, характер и количество мокроты, затруднения ее expectорации, динамика ОФВ₁ и ПСВ_{умр}, количество ингаляций сальбутамола «по требованию»).

В результате лечения отмечено уменьшение интенсивности и частоты дневного и, особенно, ночного кашля в обеих группах. При этом эти изменения были достоверно лучше в группе больных, принимавших аскорил. При этом во 2-й группе практически не отмечено облегчения expectорации мокроты, а также ее количества и характера. У пациентов 1-й группы статистически достоверно увеличилась ОФВ₁ и ПСВ_{умр}, а 80% пациентов прекратили использовать сальбутамол «по требованию» в то время как во 2-й группе все пациенты продолжали использовать 1-2 дополнительные ингаляции сальбутамола в день.

Можно сделать вывод, что при лечении легких/среднетяжелых обострений ХОБЛ предпочтительнее назначение комбинированного препарата аскорил, который оказался более эффективным и безопасным по своему воздействию на выраженность симптомов обострения и способствовал более раннему его купированию. Назначение препарата в амбулаторных условиях в начале обострения позволит избежать госпитализации и назначения дорогостоящего лечения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, лечение, сальбутамол

TREATMENT OF MILD EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

I. L. Klyachkina¹, Yu. K. Dmitriev²

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education; ²N. N. Burdenko Central Military Hospital

The aim of the study was to compare clinical efficacy of two variants of broncho- and mucolytic therapy for patients with mild or moderately severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD). It included 49 patients in the phase of exacerbation divided into 2 groups. Group 1 (n=25) received ascoril (10 ml tid), group 2 salbutamol (200 mcg two inhalations tid) plus bromhexin (8 mg tid) for 10 days. The efficacy of therapy was estimated from dynamics of clinical symptoms (cough, spitting patterns, PEFmorn/REV1, number of inhalations). Therapy decreased the intensity and frequency of daytime and especially night-time coughing. The effect of ascoril on these symptoms was more pronounced than that of two other drugs that practically did not reduce expectoration. PEFmorn/REV1 in group 1 significantly increased. 80% of the patients in this group ceased using salbutamol "on demand" whereas all patients of group 2 continued to inhale it once or twice daily. It is concluded that ascoril is most efficacious and safe for the treatment of mild or moderately severe COPD and elimination of its exacerbation. The early prescription of this therapy permits to avoid hospitalization and expensive therapy.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, treatment, salbutamol

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — широко распространенная болезнь, особенно среди населения промышленно развитых стран мира. Так, например, она стоит на четвертом месте по уровню болезненности и смертности в США. В структуре хронических болезней органов дыхания ХОБЛ является одной из наиболее важных причин смертности населения во всем мире с тенденцией к увеличению в ближайшие десятилетия. Как вытекает из данных, опубликованных Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения [1], предполагается, что она выйдет на пятое место в 2020 г. по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе.

ХОБЛ — тяжелое инвалидизирующее заболевание. Целями лечения больных ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности клинических симптомов, улучшение переносимости физической нагрузки, качества жизни больных, предупреждение и лечение обострений, снижение смертности. Стратегия лечения больных со стабильным течением ХОБЛ характеризуется посте-

пенным увеличением/усилением терапии соответственно нарастанию тяжести течения заболевания. Программа лечения больных со стабильным течением ХОБЛ включает в себя как медикаментозную (бронхолитики, глюкокортикостероидные препараты, муколитики), так и немедикаментозную терапию, важную часть которой составляют отказ от курения, обучение больных и пульмонологическая реабилитация.

Течение ХОБЛ характеризуется периодически возникающими обострениями разной степени тяжести, ухудшающими респираторную функцию, вызывающими декомпенсацию сопутствующих заболеваний и нередко являющимися причиной летального исхода [2]. Больные ХОБЛ переносят от 1 до 4 обострений в год и более [3].

Обострение ХОБЛ — это острое изменение выраженности одышки, кашля и/или отделения мокроты по сравнению с обычным уровнем, выходящее за рамки ежедневных колебаний, что требует изменений в лечении [1].

Классическими признаками, характеризующими обострение заболевания, являются критерии, предложенные N. Antho-

Таблица 1. *Критерии обострения ХОБЛ по N. Anthonisen и соавт. [4]*

Большие критерии	Малые критерии
Усиление одышки	Инфекция верхних дыхательных путей
Увеличение количества мокроты	Лихорадка
Усиление «гнойности» мокроты	Свистящее дыхание
—	Усиление кашля
—	Увеличение частоты сердечных сокращений или дыхательных движений на 20% и более

nisen и соавт. [4]: появление или усиление одышки, увеличение объема отделяемой мокроты, усиление «гнойности» мокроты. Наличие всех трех указанных критериев описывается как I тип, двух из них — как II тип, одного — как III тип обострения заболевания (табл. 1).

Кроме того, принято различать простое (неосложненное) и осложненное обострение ХОБЛ [4].

Термином простое (неосложненное) обострение обозначают нечастые (менее 4 в течение года) обострения ХОБЛ, возникающие у больных в возрасте до 65 лет с отсутствием серьезных сопутствующих заболеваний и незначительными или умеренными нарушениями бронхиальной проходимости: объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) более 50% от должных значений.

В свою очередь признаками осложненного обострения ХОБЛ являются возраст пациента 65 лет и более и/или выраженные нарушения вентиляционной функции легких (ОФВ₁ менее 50% от должных значений), и/или наличие серьезных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, сердечная недостаточность, хронические заболевания печени и почек, сопровождающиеся функциональной недостаточностью), и/или 4 обострения в течение года и более, и/или госпитализации по поводу обострения в предшествующие 12 мес, и/или использование системных глюкокортикостероидов или антибактериальных препаратов в предшествующие 3 мес.

Таблица 2. *Оценка дневного и ночного кашля — шкала БОК*

Баллы	Дневной кашель	Баллы	Ночной кашель
0	Нет кашля	0	Нет кашля
1	Единичные кашлевые толчки	1	Кашель, не прерывающий сон
2	Редкий кашель в течение дня	2	Кашель, приводящий к прерыванию сна не более двух раз
3	Частый кашель, не влияющий на дневную активность	3	Кашель, приводящий к прерыванию сна более двух раз
4	Частый кашель, снижающий дневную активность	4	Частое прерывание сна
5	Тяжелый кашель, при котором невозможна дневная активность	5	Кашель, не дающий возможности уснуть

Примечание. БОК — балльная оценка кашля.

Таблица 3. *Шкалы оценки количества и цвета мокроты*

Баллы	Шкала оценки количества мокроты, баллы	Баллы	Шкала оценки цвета мокроты, баллы
0	Мокроты нет	0	Мокроты нет
1	Незначительное количество (до 5 мл)	1	Бесцветная
2	Немного (15 мл)	2	Бледно-желтая
3	Умеренное количество (30 мл и более)	3	Светло-желтая
4	Много (150 мл и более)	4	Светло-желтая/зеленая
		5	Темно-желтая/зеленая

По степени тяжести целесообразно выделять [5]:

легкое обострение заболевания, не требующее госпитализации пациента;

обострение средней тяжести, характеризующееся необходимостью лечения в условиях стационара;

тяжелое обострение, сопровождающееся симптомами острой дыхательной недостаточности. О развитии у пациента острой дыхательной недостаточности свидетельствует наличие по крайней мере трех из перечисленных ниже критериев: р_аСО₂ менее 60 мм рт. ст. (при дыхании комнатным воздухом), рН сыворотки крови менее 7,35, рСО₂ более 45 мм рт. ст., частота дыхания в покое более 25 в минуту, признаки дисфункции дыхательной мускулатуры (альтернирующий ритм дыхания, абдоминальный парадокс).

Лечение обострений требует изменения терапии [1], дополнительного назначения ряда препаратов, в частности антибактериальных средств, глюкокортикостероидов, бронхолитических и муколитических препаратов, что приводит к увеличению количества одновременно принимаемых медикаментов [1, 3]. В такой ситуации предпочтительнее назначение комбинированных препаратов. К их числу относится аскорил экспекторант — комбинированный препарат, оказывающий бронхолитическое и отхаркивающее действие. В 10 мл сиропа указанного лекарственного средства содержится 2 мг салбутамола (в форме сульфата), 4 мг бромгексина гидрохлорид, 100 мг гвайфенезина, 1 мг ментола.

Сальбутамол является одним из самых безопасных бронходилататоров — селективным β₂-агонистом. Помимо этого, он стимулирует мукоцилиарный клиренс — секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия; тормозит выброс медиаторов из тучных клеток и базофилов, устраняет антигензависимое подавление мукоцилиарного клиренса и выделение факторов хемотаксиса нейтрофилов. При пероральном приеме сальбутамол хорошо всасывается. С_{max} составляет 30 нг/мл. В плазме определяется через 30 мин, а через 2 ч достигает максимального уровня. Продолжительность циркуляции в крови на терапевтическом уровне составляет 3—9 ч, затем концентрация постепенно снижается. Связывание с белками плазмы — 10%, T_{1/2} — 3,8 ч. Частично метаболизируется в желудочно-кишечном тракте и печени с образованием соединений с минимальной адренергической активностью. Выводится с мочой и желчью, преимущественно в неизменном виде (90%) или в форме глюкуронида.

Бромгексина гидрохлорид оказывает муколитическое и отхаркивающее действие посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Кроме того, препарат стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант, который обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания, защиту от

Таблица 4. Характеристика обследованных пациентов ($M \pm m$)

Показатель	1-я группа (n = 25)	2-я группа (n = 24)
Число больных (мужчины)	25	24
Возраст, годы	72,36 ± 1,87 (53—94)	70,87 ± 2,64 (60—87)
Длительность заболевания, годы	18,64 ± 2,03 (9—41)	22,12 ± 6,04 (10—36)
Число курящих	25	24
Число пачко-лет	45,56 ± 3,36 (10—60)	41,87 ± 3,27 (30—55)
ОФВ ₁ , л	1,38 ± 0,05	1,29 ± 0,05
ПСВ (утром), л/мин	275,79 ± 8,28	266,75 ± 12,72
Сопутствующие заболевания:		
сердечно-сосудистой системы	25	24
желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы	19	17
мочевыделительной системы	16	18
эндокринной системы	9	8
другие	2	3

неблагоприятных факторов, а также улучшение реологических свойств бронхиальной слизи (уменьшение адгезивности, формирование двух фаз бронхиальной слизи — золь и гель), способствующих лучшей ее экспекторации. При приеме внутрь полное (99%) всасывание происходит в течение 30 мин. Биодоступность при пероральном приеме составляет 80% вследствие эффекта «первого прохождения» через печень. В плазме связывается с белками. Проникает через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры. В печени подвергается деметилированию и окислению. Часть образующихся метаболитов сохраняет активность. $T_{1/2}$ достигает 15 ч вследствие медленной обратной диффузии из тканей. Экскретируется почками в виде метаболитов — 99%, в неизменном виде — 1%.

Гвайфенезин — отхаркивающее средство. Стимулирует секрецию жидких частей бронхиальной слизи, повышает активность цилиарного эпителия бронхов и трахеи. Уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, что уменьшает ее вязкость и облегчает эвакуацию из дыхательных путей. Всасывается в желудочно-кишечном тракте, быстро метаболизируется и выводится с мочой; $T_{1/2}$ — 1 ч. Основной метаболит — β -(2-метоксифенокси)молочная кислота.

Ментол оказывает спазмолитическое действие, мягко стимулирует секрецию бронхиальных желез, обладает антисептическими свойствами, восстанавливает функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки бронхов, а также оказывает местное смягчающее действие на воспаленную слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Местно-раздражающее средство, оказывает коронародилатирующее рефлекторное, вентонизирующее, антиангинальное, анальгетическое и противовоспалительное местное действие. Эффект в основном обусловлен рефлекторными реакциями, связанными с раздражением чувствительных рецепторов слизистых оболочек, и стимуляцией образования и выво-

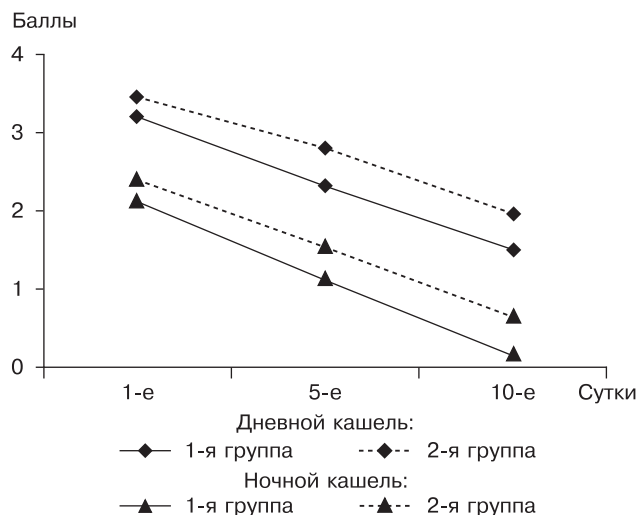


Рис. 1. Динамика выраженности дневного и ночного кашля (по шкале БОК).

бождения эндогенных биологически активных веществ (энкефалинов, эндорфинов, пептидов, кининов), участвующих в регуляции болевых ощущений, проницаемости сосудов и других процессах, что обеспечивает обезболивающее и отвлекающее действие. Противомикробная активность проявляется неизбирательным поражением микробных клеток. Раздражающий (отвлекающий) эффект способствует понижению болевых ощущений.

По данным проведенных исследований эффективности и безопасности препарата аскорила экспекторант у пациентов с различными заболеваниями органов дыхания (острый и хронический бронхит, бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмония) в России и за рубежом, была отмечена высокая (78—96%) эффективность препарата [6—9]. Особенно четко этот эффект прослеживается у больных с хроническими бронхообструктивными заболеваниями [8], что выражается достоверным улучшением бронхиальной проходимости [8], уменьшением интенсивности кашля, облегчением экспекторации мокроты. Начало действия препарата зарегистрировано уже к концу первого дня приема препарата. Как правило, при приеме препарата не отмечалось серьезных побочных эффектов, однако у 6—8% пациентов наблюдали кратковременное сердцебиение и тремор рук при приеме его в дозе 30 мл/сут [7, 8]; при снижении дозы препарата эти явления проходили. К тому же была отмечена фармакоэкономическая выгода использования аскорила экспекторанта по сравнению с комбинацией муколитика и бронхолитика [8].

Таким образом, аскорил экспекторант одновременно действует практически на все звенья патогенеза острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием трудно отделяемого вязкого секрета. Применение комбинированного препарата позволяет уменьшить количество и кратность приема лекарственных средств, снизить риск развития нежелательных явлений. Его применение приобретает особую актуальность в условиях, когда затруднено проведение ингаляционной терапии.

Целью настоящего открытого сравнительного исследования явилась сравнительная оценка клинической эффективности применения двух схем назначения больным с легким/среднетяжелым обострением ХОБЛ бронхолитической и муколитической терапии: комплексного препарата аскорила экспекторанта и одновременного ингаляционного применения бронхолитического препарата салбутамола и муколитического препарата бромгексина.

В исследование были включены 49 больных ХОБЛ, госпитализированных по поводу обострения ХОБЛ в пульмонологическое отделение ГВКГ им. Н. Н. Бурденко. Все боль-

Таблица 5. Динамика симптомов обострения в процессе лечения ($M \pm m$)

Показатель	1-е сутки		5-е сутки		10-е сутки	
	1-я группа (n = 25)	2-я группа (n = 24)	1-я группа (n = 25)	2-я группа (n = 24)	1-я группа (n = 25)	2-я группа (n = 24)
Наличие одышки	1,0 ± 0	1,0 ± 0	0,96 ± 0,2	1,0 ± 0	0,8 ± 0,4	1,0 ± 0
Выраженность одышки	2,64 ± 0,09	3,0 ± 0	2,08 ± 0,11	2,62 ± 0,18	1,08 ± 0,14	2,0 ± 0
ОФВ ₁ , л	1,38 ± 0,05	1,29 ± 0,05	1,62 ± 0,08	1,32 ± 0,05	1,86 ± 0,11	1,36 ± 0,05
ПСВ (утром), л/мин	275,79 ± 8,28	258,87 ± 12,72	296,54 ± 9,69	266,25 ± 11,41	319,45 ± 12,05	282,37 ± 11,6
Количество ингаляций сальбутамола «по требованию»	3,04 ± 0,21	3,0 ± 0,32	1,48 ± 0,2	2,37 ± 0,26	0,24 ± 0,1	1,5 ± 0,25
Дневной кашель	3,12 ± 0,1	3,25 ± 0,24	2,32 ± 0,09	2,87 ± 0,22	1,56 ± 0,13	2,0 ± 0
Ночной кашель	2,2 ± 0,2	2,25 ± 0,16	1,12 ± 0,14	1,5 ± 0,26	0,2 ± 0,08	0,75 ± 0,16
Количество мокроты	2,84 ± 0,12	2,75 ± 0,31	2,12 ± 0,08	2,37 ± 0,18	1,32 ± 0,09	2,25 ± 0,24
Цвет мокроты	3,16 ± 0,17	3,5 ± 0,32	2,32 ± 0,13	3,12 ± 0,29	1,52 ± 0,1	2,37 ± 0,26
Затруднения отхаркивания	2,16 ± 0,12	2,0 ± 0	1,4 ± 0,14	1,87 ± 0,12	0,56 ± 0,11	1,12 ± 0,12

ные — мужчины в возрасте от 53 до 84 лет (средний возраст 71 ± 10 лет).

Критериями включения в исследование были

- наличие письменного согласия пациента на участие в исследовании; возраст старше 40 лет; установление диагноза ХОБЛ II—III стадии, согласно рекомендациям GOLD [1];
- клинические свидетельства легкого/среднетяжелого обострения, что определяется наличием двух и более больших или малых признаков обострения ХОБЛ по N. Anthonisen и соавт. [4]: появление/усиление одышки, появление/увеличение объема отделяемой мокроты, усиление «гнойности» мокроты, появление/усиление кашля; ОФВ₁ 80% от должных величин и более, отношение ОФВ₁ к форсированной жизненной емкости легких менее 70%, обратимость обструкции после ингаляции β_2 -агониста менее 15%.

В исследование не включали больных, состояние которых требовало направления в отделение реанимации и интенсив-

ной терапии, переносящих внебольничную пневмонию и/или обострения сопутствующих заболеваний на момент госпитализации, страдающих атопическими заболеваниями, имеющих подтвержденную или предполагаемую непереносимость компонентов аскорила экспекторанта.

У всех пациентов при поступлении и в процессе лечения проводили общеклиническое и рентгенологическое обследование, исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Динамику состояния больных и эффективность лечения оценивали по выраженности клинических симптомов ХОБЛ в баллах — кашля, одышки, продукции мокроты, потребности в дополнительных ингаляциях сальбутамола («по требованию»), динамике скоростных показателей ФВД: ОФВ₁ и пиковой скорости выдоха (ПСВ). Все показатели, кроме динамики ФВД, пациенты ежедневно фиксировали в своих дневниках.

Тяжесть одышки оценивали по 5-балльной шкале (модифицированный опросник MRC) [10]: 0 баллов — одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивных нагрузок; 1 балл — легкая одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение; 2 балла — средняя одышка (заставляет идти медленнее, чем сверстники, или требуются остановки при ходьбе в обычном темпе по ровной поверхности); 3 балла — тяжелая одышка (потребность в остановках через 100 м или несколько минут ходьбы по ровной поверхности); 4 балла — очень тяжелая одышка (невозможен выход из дома и/или одышка появляется при одевании и раздевании). Отдельно оценивали скоростные показатели ФВД — ОФВ₁ и ПСВ (утром), а также количество ингаляций сальбутамола «по требованию», которые принимали пациенты, помимо основных назначений.

Интенсивность дневного и ночного кашля оценивали по шкале БОК (табл. 2) [11].

Параллельно интенсивности кашля учитывали количество мокроты и ее цвет («гнойность») (табл. 3) и затруднения при экспекторации мокроты (0—5 баллов).

Исследование проводилось в течение первых 10 дней от момента госпитализации.

В 1-е сутки после установления критериев включения и исключения в исследование методом случайной выборки пациенты были рандомизированы на 2 группы: 25 пациентов 1-й группы получали комбинированный препарат аскорил экспекторант по 10 мл 3 раза в сутки внутрь; 24 пациента 2-й группы одновременно принимали 2 препарата: сальбутамола 200 мкг

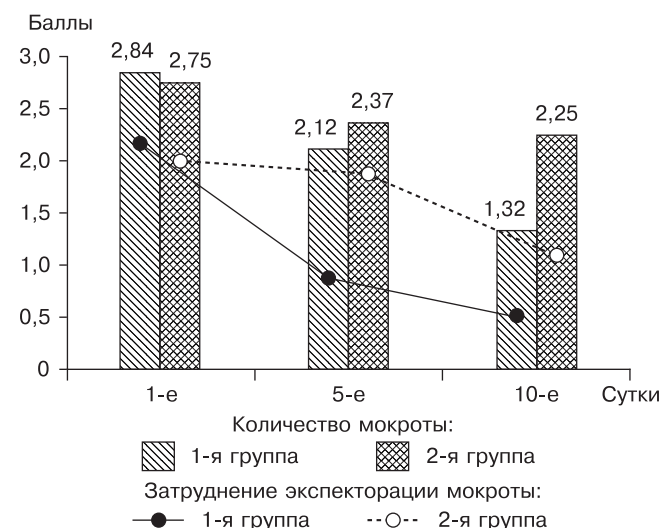


Рис. 2. Динамика количества мокроты и затруднения ее экспекторации.

(по 2 вдоха 3 раза в сутки) и бромгексин 8 мг 3 раза в сутки. Все больные в стационаре получали однотипную базисную терапию (антибиотики, кортикостероиды и др.). На 5-е и 10-е сутки оценивали динамику симптомов и проводили исследование ФВД.

Обе группы пациентов идентичны по возрасту, продолжительности заболевания, стажу курения, показателям ФВД, выраженности критериев обострения (табл. 4).

При госпитализации все больные предъявляли жалобы на одышку, преимущественно тяжелую — 3 балла (64% больных 1-й группы и 100% — 2-й группы). На фоне лечения тяжесть одышки у больных 1-й группы уменьшилась с 2,6 до 1,08 балла ($p < 0,01$), а 5 (20%) пациентов 1-й группы к 10-м суткам вообще перестали жаловаться на одышку, в то время как у больных 2-й группы тяжесть одышки уменьшилась с 3 (тяжелая) до 2 (средняя) баллов.

Эти данные коррелируют с динамикой $ОФВ_1$ и ПСВ; у больных 1-й группы отмечено статистически достоверное увеличение обоих показателей ($p < 0,01$) в отличие от результатов, полученных у пациентов 2-й группы.

И наконец, динамика потребности в ингаляциях салбутамола «по требованию». Исходно потребность в дополнительных ингаляциях составляла от 3 до 7 раз в сутки у пациентов 1-й группы и от 2 до 4 у больных 2-й группы. В обеих группах отмечено статистически достоверное уменьшение потребности в количестве дополнительных ингаляций салбутамола, однако в 1-й группе 80% пациентов прекратили использовать салбутамол «по требованию», то время как во 2-й группе пациенты продолжали использовать 1—2 дополнительные ингаляции салбутамола в сутки.

Аналогична динамика выраженности дневного кашля. У большинства пациентов обеих групп (92% в 1-й группе и

87,5% во 2-й группе) исходно интенсивность кашля составляла 3—4 балла (см. табл. 4, рис. 1). К 10-м суткам лечения 28% больных предъявляли жалобы на единичные кашлевые толчки, а 2 пациента отметили прекращение кашля. При этом все больные пациенты 2-й группы продолжали жаловаться на кашель интенсивностью 2 балла (см. рис. 1). Более показательна динамика ночного кашля — у 80% пациентов 1-й группы ночной кашель прекратился совсем, а во 2-й группе — только у 25%. Следует отметить, что динамика уменьшения интенсивности кашля была статистически достоверна внутри каждой группы. В то же время скорость снижения интенсивности кашля в группе больных, принимавших аскорил, была статистически достоверно выше, чем у пациентов 2-й группы.

При этом следует отметить, что количество отделяемой мокроты, ее цвет и затруднения экспекторации оставались более выраженными у пациентов 2-й группы (табл. 5, рис. 2). Так, 48% больных 1-й группы не предъявляли жалоб на затруднение экспекторации, 68% пациентов 1-й откашливали до 5 мл мокроты, а у 48% мокрота была бесцветной. Соответственно все пациенты 2-й группы испытывали затруднения при откашливании, только 12,5% отметили уменьшение количества бесцветной мокроты до 5 мл.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что при лечении легких/среднетяжелых обострений ХОБЛ предпочтительнее назначение комбинированного препарата аскорила экспекторанта, который оказался более эффективным и безопасным по своему воздействию на выраженность симптомов обострения и способствовал более раннему его купированию. Назначение препарата в амбулаторных условиях в начале обострения позволит в части случаев избежать госпитализации и назначения дорогостоящего лечения.

Сведения об авторах:

Клячкина Ирина Львовна — канд. мед. наук, доц.

Дмитриев Юрий Константинович — канд. мед. наук

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008 г.): Пер. с англ. / Под ред. А. С. Белевского. М.: Издательский холдинг «Атмосфера»; 2009.
2. Seemungal T. A. R., Donaldson G. C., Paul E. A. et al. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 1998; 157: 1418—1422.
3. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Козлов Р. С. и др. Инфекционное обострение хронической обструктивной болезни легких (Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике). *Рос. мед. вестн.* 2006; 12: 4—18.
4. Anthonisen N. R., Manfreda J., Warren C. P. et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann. Intern. Med.* 1987; 106: 196—204.
5. Celli B. R., MacNee W. et al. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur. Respir. J.* 2004; 23: 932—946.
6. Jajaram S., Anish Desai. Efficacy and safety of ascoril expectorant and other cough formula. *J.I.M.A.* 2000; 2: 1—4.
7. Федосеев Г. Б., Орлова Н. Ю., Шалюга Л. В. Применение препарата «АСКОРИЛ» в амбулаторной практике. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* 2002; 1 (19): 69—70.
8. Федосеев Г. Б., Знакова М. К., Ровкина Е. И., Щукина Т. В. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* 2002; 2(20): 64—67.
9. Клячкина И. Л. Лечение кашля при острых респираторных вирусных инфекциях у пациентов группы риска. *ВМЖ* 2009; 7: 40—45.
10. Bestall J. C., Paul E. A., Garrod R. et al. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999; 54 (7): 581—586.
11. Hsu J. V., Stone R. V. et al. Coughing frequency in patients with persistent cough; assessment using a 24 hour ambulatory recorder. *Eur. Respir. J.* 1994; 7: 1246—1253.

Поступила 17.11.11