

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: ТОМ 26, ВИПУСК 1 (93), 2026**
ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

<https://pdmu.edu.ua/>

Зміст

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бабеня Г. О., Дєньга О. В., Дєньга Е.М., Шнайдер С. А.	4
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ ЯК ПЕРЕДУМОВА ФОРМУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПОХИЛОМУ ВІЦІ	
Буяк П. З., Лембрик І.С.	8
СТАН ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА БІОЕЛЕМЕНТНОГО СТАТУСУ В ДІТЕЙ ІЗ ІГА-АСОЦІЙОВАНИМ ВАСКУЛІТОМ	
Гринь К.В.	14
СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ФАКТОРИ ЯК ПЕРЕДУМОВИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Доценко С.Я., Акімова Л.С.	19
ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТОЛПЕРИЗОНУ ГІДРОХЛОРИДУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	
Драбовська І.А.	28
ВПЛИВ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ БЕНДАМУСТИН+РИТУКСИМАБ ТА ФЛУДАРАБІН+ЦИКЛОФОСФАМІД+РИТУКСИМАБ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ В-КЛІТИННОЮ ЛІМФОЦИТАРНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ	
Жеков І.І.	34
ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ВИСХІДНОЇ АОРТИ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ	
Кожем'яка М.О., Солов'юк О.О.	40
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ПАТОЛОГІЯХ ХРЕБТА У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ТА СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	
Козін О.А., Павленко С.М.	47
ІНТРАОПЕРАЦІЙНЕ ПЛАНУВАННЯ ТАКТИКИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА	
Корбило А.А.	52
ІНТРАОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД У ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕЙРОАКСІАЛЬНОЇ АНЕТЕЗІЇ ПІД ЧАС ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ	
Михалюк Є.Л., Кулинич Р.Л., Крайдашенко О. В.	60
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	
Оганісян Е.В., Скрипник І.М., Маслово Г.С., Пілат І.О.	68
ВПЛИВ S-АДЕМЕТІОНІНУ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ОКСИДУ АЗОТА У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНУ СТЕАТОТОЧНУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	
Попов А.І.¹, Перфільєв О.В.¹, Леонтьєва Ф.С.¹, Морозенко Д.В.¹, Томас Т.С.¹, Лантінов О.В.¹	75
МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПЕРЕД МІКРОДИСКЕТОМІЄЮ	
Щукін С.П.	82
РОЛЬ МІНІФЛЕБЕКТОМІЇ ЯК ДОПОВНЕННЯ ДО ЕНДОВЕНОЗНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВНОЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	

СТОМАТОЛОГІЯ

Андрієнко К.Ю., Федотова О.Л., Погоріла АВ., Дюдіна І.Л., Сідорова О.В. 88
 ПІДГОТОВКА ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА ЗІ ЗНИЖЕННЯМ ВИСОТИ ПРИКУСУ

Годованець О.І., Муринок Т.І., Митченко М.П. 94
 ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ДІТЕЙ ГРУП СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ТРЕТЬОГО МОЛЯРА ЗА ОРТОДОНТИЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ

Січкоріз Х.А.¹, Лабуш Ю.З.¹, Виноградова О.М.¹, Мигаль О.О.¹, Ільницька О.М.², Кардашевська О.І.³ 100
 СТАН АНТИМІКРОБНОГО І АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ТА МІСЦЕВОГО ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПОРОЖНИНИ РОТА В ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Снігур Ю.Р., Гасюк П.А. 106
 ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ІНТРАОРАЛЬНОГО СКАНУВАННЯ СЕРЕД СТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІК ТА ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Доленко О.Б., Коротич Н.М., Буря Л. В., Попело Ю.В., Лохматова Н.М., Морарь Д.А.... 113
 ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ У ДІТЕЙ

Янішен І.В., Петроченко Г.В. 119
 МЕТОДИКА ВИГОТОВЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ШИН-КАП З УДОСКОНАЛЕНОЇ БЕЗАКРИЛОВОЇ ПЛАСТМАСИ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

Буханченко О.П...... 123
 ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ КРАЙОВОГО ШАРУ ПУЛЬПИ В ІНТАКТНИХ ЗУБАХ ЛЮДИНИ

Гойдіна В.С.^{1,2} 127
 ВПЛИВ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ ДОКСОРУБИЦИНУ В РІЗНИХ ДОЗАХ НА КЛІТИННУ ЛІНІЮ L929

Малишевський І.О.¹, Хіміч С.Д.² 132
 КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПІДВИЩЕНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ТКАНИН ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ

Матевєєнко М. С.¹, Гладких Ф. В.^{1,2}, Чиж М. О.³, Карафуліді О.В.⁴, Козлова Т. В.¹ 137
 АД'ЮВАНТИ ДЛЯ МОДИФІКАЦІЇ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЇ АКТИВНОСТІ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Назаренко С.М...... 144
 ВПЛИВ ЕПІГАЛОКАТЕХІН-3-ГАЛАТУ НА УТВОРЕННЯ АКТИВНИХ ФОРМ ОКСИГЕНУ ТА НІТРОГЕНУ У М'ЯКИХ ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Робота Д.В., Паєлов С.В. 149
 ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОПТИМІЗАТОРІВ ADAM ТА SGDM НА НАВЧАННЯ НЕЙРОННОЇ МЕРЕЖІ U-NET ДЛЯ СЕГМЕНТАЦІЇ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КОМПОНЕНТІВ НОРМАЛЬНОЇ ТКАНИНИ КИШЕЧНИКА

Рябушко Р.М., Костенко Г.В., Костенко В.О. 154
 ВПЛИВ КВЕРЦЕТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ТРИВАЛОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

Федорченко В. І.¹, Ананьєва М. М.², Лобань Г. А.¹, Гасюк Н. І.³, Зайцев І. А.⁴ 159
 ДИСБІОТИЧНІ ЗМІНИ МІКРОБІОТИ ГЛОТКИ: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА РОЛЬ *SPHINGOMONAS PAUCIMOBILIS*

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Горошко В. І., Сєрков О. Ю. 164
 КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ І МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Олійник О.Є.¹, Олійник-Алдушина Є.О.¹, Карпінський М.Ю.², Карпінська О.Д.² 170
 ВПЛИВ АБДУКТОРІВ СТЕГНА НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСУ В УМОВАХ ДИСПЛАСТИЧНОГО КОКСАРТРОЗУ

Неханевич О.Б.¹, Грицюк І. В.^{1,2} 178
 ВПЛИВ РАНЬОЇ ІНТЕНСИВНОЇ ХОДЬБИ НА ВІДНОВЛЕННЯ РІВНОВАГИ ТА ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ ПАДІННЯ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

ФАРМАЦІЯ

Отрішко І.А.¹, Ветрова К.В.¹, Безугла Н.П.², Сахарова Т.С.³, Шелест К.О.¹ 183
 КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ОСІБ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СУЧАСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО МІСТЯТЬ КОМПЛЕКС ВІТАМІНІВ ГРУПИ В

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Задорожна С.М. 191
 ЗАСТОСУВАННЯ ДІОДНОГО ЛАЗЕРА ЯК АД'ЮВАНТНОГО МЕТОДУ В СТОМАТОЛОГІЇ

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

Бабієнко В.В...... 198
 ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ В ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ

Burdina V.R.¹, Yesselbayeva A.K.², Bojarska Z.O.^{3,4}, Nevoit G.V.⁵, Aravitska M.G.⁶, Danylchenko S.I.¹ 205
 MULTIMODAL APPROACHES IN PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS: A REVIEW OF EVIDENCE-BASED METHODS

Горб Ю.Г., Серік С.А., Ткаченко О.В., Рябуха В.В.	214
СУЧАСНІ МЕТОДИ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Коштура В.В.¹, Левчук Н.І.², Макаренко О.М.³	224
КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЙОВИХ УРАЖЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН КІНЦІВОК РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ НА ТЛІ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ	
Могильник А. І., Тарасенко К. В., Давиденко А. В., Телегань В. О., Архиповець О. О.	234
ПОРУШЕННЯ ЦИРКАДНИХ РИТМІВ У ПРАКТИЦІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	
Потабашній В.А., Князєва О.В.	241
ОГЛЯД ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ РЕКОМЕНДАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОЇ ІНІЦІАТИВИ З ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (2026): ФОКУС НА КОМОРБІДНІСТЬ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ	
Kolisnyk O.S.¹, Savichan K.V.², Hubar A.M.², Vozhytska O.M.¹, Hulyk Kh.O.²	249
CURRENT STATUS AND CHALLENGES OF VIRAL HEPATITIS MANAGEMENT IN UKRAINE DURING WAR: A REVIEW OF EPIDEMIOLOGY AND TREATMENT STRATEGIES	
ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	
Заєць С.М., Дудченко М.О., Прихидько Р.А., Нємченко І.І.	257
ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ЯК ПОТЕНЦІАЛ УСУНЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ	
Клименко М.О., Заборовський В.І., Маланюк В.В.	262
СУЧАСНІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МОДЕЛІ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ЩУРІВ	
Марченко-Толста К.С.¹, Тимченко І. М.¹, Золотайкіна М.Ю.¹, Серединська Н.М.²	270
ПЕРСОНІФІКОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ НПЗЗ: РОЛЬ ГЕНЕТИКИ ТА ЕТНІЧНИХ ФАКТОРІВ	
Смаглюк Л.В., Ляховська А.В.	275
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНАТОМІЇ І ФУНКЦІЇ ПІД'ЯЗИКОВОЇ КІСТКИ	
Pustovoyt H.L., Vlasova O.V., Kostrikova Yu.A., Talash V.V., Tsyhanenko I. V., Mykhailenko V.V.	281
CURRENT EVIDENCE ON THE TOXIC EFFECTS OF AGRICULTURAL PESTICIDES ON HUMAN HEALTH	
Ткач А.В., Крамар С.Б.	285
АНАТОМІЯ ПОВЕРХНЕВОЇ М'ЯЗОВО-АПОНЕВРОТИЧНОЇ ФАСЦІЇ	
Tkachenko I.M., Brailko N.M., Marchenko I. Ya., Pavlenko S.A., Vodoriz Ya.Yu.	289
ASSESSMENT OF THE IMPACT OF ORAL PIERCING ON THE ORAL MUCOSA: REVIEW ARTICLE	
ОБМІН ДОСВІДОМ	
Войтович М.М.	294
МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТЕРНОМЕДІАСТИНИТУ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ	
Дем'янчук Ю.В., Балега М.І.	300
СУЧАСНІ БІОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ОСТЕОІНТЕГРАЦІЇ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ІЗ СТАНОМ ТКАНИН ПАРОДОНТА	
Любченко О.В.¹, Куцевляк В.Ф.², Семененко Д.В.¹	304
ЗАСТОСУВАННЯ ХОЛОДНОЇ АТМОСФЕРНОЇ ПЛАЗМИ В МЕДИЦИНІ ТА СТОМАТОЛОГІЇ	
ГУМАНІТАРНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ, ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ	
Костенко В. Г., Міщенко А. В., Денисенко С. В., Соловійова Н. В.	308
КОРПОРАТИВНА КУЛЬТУРА МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ ЯК СЕМІОТИЧНА СИСТЕМА: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРАТЕГІЧНОГО ДИСКУРСУ УКРАЇНИ ТА США	
Старченко І.І., Прилуцький О.К., Филенко Б.М., Ройко Н.В. Черняк В.В.	316
THE ROLE OF DEEP LEARNING IN THE DIAGNOSIS OF BREAST TUMORS BASED ON WHOLE SLIDE IMAGING DATA	

Although a direct causal relationship between circadian rhythm disruption, altered sleep architecture, and disease severity has not been definitively established, several studies indicate a correlation between the degree of organ dysfunction and the extent of sleep fragmentation.

Preventive strategies aimed at reducing sleep disturbances in ICU patients should be incorporated into standardized care protocols, with the goal of restoring circadian rhythm balance. In Ukraine, there are currently no clinical guidelines for ICU rehabilitation that address the preservation of sleep architecture. Despite growing attention to this issue in international literature and the development of related clinical recommendations, the implementation of sleep-promoting protocols remains challenging in specific healthcare settings. Successful integration requires institutional commitment, increased staff awareness, and adaptation to local ICU infrastructure, all of which are essential for improving the quality of intensive care.

DOI 10.31718/2077-1096.26.1.241

УДК 616.24-036.12:616.11.8

Потабашній В.А., Князєва О.В.

ОГЛЯД ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ РЕКОМЕНДАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОЇ ІНІЦІАТИВИ З ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (2026): ФОКУС НА КОМОРБІДНІСТЬ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Дніпровський державний медичний університет, Кривий Ріг, Україна

Наразі в усьому світі неухильно зростає частка хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, а також пацієнтів із його коморбідним перебігом у поєднанні з іншими хронічними захворюваннями, що безсумнівно впливає на особливості клінічних проявів, діагностичні та лікувальні підходи і потребує вдосконалення стратегій ведення таких когорт хворих з використанням мультидисциплінарного та індивідуалізованого підходів. Одними з найбільш авторитетних в галузі вивчення хронічного обструктивного захворювання легень є огляди Глобальної ініціативи/Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) – міжнародної організації, яка розробляє та щорічно оновлює рекомендації з діагностики, лікування та профілактики цього захворювання, надаючи лікарям всього світу інструменти для оцінки стану пацієнтів, розробки стратегій їх менеджменту. Метою дослідження є огляд, аналіз та узагальнення ключових положень 6-го основного перегляду GOLD за 2026 рік, висвітлення актуальних напрямків та акцентних питань в менеджменті пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень. Матеріали та методи. Для систематичного огляду літературних джерел були використані актуальні рекомендації GOLD – «Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2026 Report», від 10.11.2025 р., та рецензовані наукові статті, опубліковані в провідних наукометричних базах (PubMed, Scopus, Google Scholar та Web of Science). Результати. В оновлених рекомендаціях GOLD на 2026 р. у відповідності з останніми науковими даними висвітлено питання епідеміології, етіології, патобіології та патофізіології, алгоритмів діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень. Основними акцентами рекомендацій 2026 року стали зміни у критеріях оцінки тяжкості перебігу хронічного обструктивного захворювання легень, а також оптимізація підходів до лікування пацієнтів із його коморбідним перебігом у поєднанні з іншими соматичними захворюваннями. Було повністю оновлено розділ з оцінки тяжкості та ведення загострень хронічного обструктивного захворювання легень, оптимізовано опції базисного лікування, а також додано абсолютно новий розділ стосовно можливостей використання штучного інтелекту в менеджменті таких пацієнтів. Висновки. Оновлені рекомендації GOLD на 2026 р. є оптимально адаптованими до реалій сучасної клінічної практики, мають чітку превентивну спрямованість, направлені на ранні інтервенції в лікуванні та на комплексний підхід до ведення пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень, що робить їх використання лікарем-клініцистом доцільним та обґрунтованим.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, Глобальна ініціатива з хронічним обструктивним захворюванням легень, коморбідність, клінічна практика, медикаментозна терапія, мультидисциплінарний підхід, якість життя.

Дослідження було здійснено в рамках науково-дослідної роботи кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини, ФПО, Дніпровського державного медичного університету "Оптимізація діагностики та лікування пацієнтів з хворобами системи кровообігу в поєднанні з коморбідними станами і метаболічним синдромом". Фрагмент: "Діагностика і лікування серцевої недостатності у пацієнтів з ІХС та АГ у поєднанні з хронічними обструктивними хворобами легень". Строки виконання 01.2025-12.2029. Номер реєстрації: 0124U005036.

Всі матеріали поширюються на умовах ліцензії Creative Commons Attribution License International CC-BY, яка дозволяє іншим розповсюджувати роботу з визнанням авторства цієї роботи і першої публікації в цьому журналі © Всі автори, 2025

Надійшла/Received: 19.12.2025. **Прийнята/Accepted:** 30.01.2026. **Опублікована/Published:** 9.02.2026.

ISSN **2077-1096** (print), ISSN **2077-1126** (online)

Вступ

В останні десятиліття було відзначено, що поширеність хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) неухильно зростає в усьому світі, і наразі ХОЗЛ вважається однією з трьох основних причин смертності в багатьох країнах [1, 2]. Експерти прогнозують, що частка пацієнтів із ХОЗЛ продовжить зростати через постійний вплив таких етіологічних чинників, як тютюнопаління та забруднення навколишнього середовища промисловими і побутовими поліювантами в країнах з низьким та середнім рівнем життя, а також через тенденцію до збільшення середньої тривалості життя в розвинутих країнах [3, 4, 5]. Ще однією проблемою сьогодення є зростання кількості пацієнтів із коморбідним та мультиморбідним перебігом кількох захворювань, і пацієнти з ХОЗЛ не є виключенням – найчастіше ХОЗЛ поєднується з кардіоваскулярними та ендокринними захворюваннями, з патологією опорно-рухового апарату і шлунково-кишкового тракту [6]. Ця проблема є важливою та актуальною, адже при коморбідному перебігу захворювання можуть впливати на особливості клінічної картини та взаємно обтяжувати перебіг одне одного, створювати складнощі при діагностиці та підборі індивідуальних схем лікування, суттєво знижувати рівень якості життя, потенціуючи негативні наслідки [1, 7]. Величезна кількість досліджень сьогодні присвячена вивченню особливостей перебігу, алгоритмам діагностики та лікування ХОЗЛ, але і досі з'являється маса нових повідомлень, спостережень та результатів, які можуть змінити парадигму погляду на цю хворобу і наші підходи до тактики ведення таких пацієнтів. Саме з цих міркувань вивчення та аналіз регулярно оновлюваних звітів Глобальної ініціативи з ХОЗЛ/ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) є необхідним для лікаря-клініциста, оскільки це допомагає працювати за сучасними стандартами та із врахуванням останніх наукових досягнень в цій галузі.

Мета дослідження

Огляд, аналіз та узагальнення ключових положень 6-го основного перегляду GOLD за 2026 рік, висвітлення актуальних напрямків, акцентних питань та нових опцій в менеджменті пацієнтів з ХОЗЛ.

Матеріали і методи дослідження

При підготовці даного огляду було проведено ретельний аналіз таких літературних джерел, як останні актуальні рекомендації GOLD – «Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2026 Report», що вперше були опубліковані на офіційному сайті організації 10.11.2025 р., а також рецензовані наукові статті, що були опубліковані в провідних наукометричних базах (PubMed, Scopus, Google Scholar та Web of Science), і включали результа-

ти експериментальних досліджень, рандомізованих клінічних досліджень та метааналізів в галузі респіраторної медицини. При виборі джерел літератури керувались актуальністю та науковою новизною матеріалів публікацій, надавали перевагу статтям із детальним описом експериментальних методик та їх статистично достовірною інтерпретацією. Глибина наукового пошуку склала 5 років (2020-2025 рр.). Особливу увагу приділяли статтям, присвяченим особливостям діагностичної та лікувальної тактики при коморбідному перебігу ХОЗЛ та поширених хронічних соматичних захворювань.

Результати дослідження

В оновленому звіті GOLD 2026 збережено загальну структуру рекомендацій, але внесено важливі клінічні і концептуальні зміни як в концепції розуміння патогенезу ХОЗЛ, так і в стратегії менеджменту пацієнтів.

Дослідження впливу етіологічних факторів продемонстрували, що тривалий стаж паління і високий індекс пачко-років не є обов'язковим для формування ХОЗЛ і навіть у людей з індексом паління <10 пачок-років значно збільшується 5-річний ризик розвитку ХОЗЛ і ці особи мають підвищений ризик тяжкого загострення [8]. Також виявлено, що ранній початок паління, особливо у віці до 15 років, є предиктором розвитку ХОЗЛ незалежно від подальшої інтенсивності і тривалості паління, адже вплив тютюнового диму на несформований респіраторний тракт є більш агресивним і призводить до тяжких ушкоджень [9]. Також експерти прогнозують, що, не дивлячись на впровадження стратегій превенції та раннього виявлення, захворюваність на ХОЗЛ продовжить зростати і до 2050 року досягне позначки у 600 мільйонів пацієнтів, тоді як загальна кількість хворих на ХОЗЛ в 2021 році за даними GBD складала 213,39 мільйонів випадків, що становило 2,7% серед популяції в цілому [1, 10, 11]. При цьому особливо виражені темпи зростання будуть відзначатися серед жінок через збільшення тютюнопаління, та в країнах з низьким та середнім рівнем доходу через більш інтенсивний вплив промислових та побутових поліювантів [12]. Наразі ХОЗЛ залишається третьою провідною причиною смерті в світі, і смертність від ХОЗЛ продовжує неухильно зростати – кількість смертей, пов'язаних з ХОЗЛ в 1990 році складала 2,50 мільйонів, а в 2021 – 3,72 мільйона [12, 13]. Однак в GOLD 2026 ще раз підкреслюється, що в нинішній час існує проблема недостатнього розпізнавання та діагностики ХОЗЛ, особливо початкових проявів, що знижує також і точність даних про поширеність та смертність від цієї хвороби та її ускладнень [14].

В оновленому огляді експерти підкреслюють роль хронічного бронхіту, що супроводжується перманентним запаленням дихальних шляхів з порушенням мукоциліарного кліренсу та гіпер-

продукцією слизу, в формуванні ХОЗЛ. Деякі дослідження продемонстрували, що хронічна гіперсекреція слизу була пов'язана з надмірно швидким зниженням ОФВ1, збільшенням госпіталізацій з приводу ХОЗЛ та збільшенням смертності від усіх причин, пов'язаних з респіраторними захворюваннями [15, 16].

Протягом останніх років були значно розширені уявлення про патогенез ХОЗЛ, зокрема про природу та особливості запального процесу в дихальних шляхах. Було доведено, запалення при в легенях є модифікацією нормальної запальної реакції на хронічні подразники, і характеризується превалюванням перманентного деструктивного впливу над репаративним, а механізми такого посиленого запалення у певних осіб можуть бути генетично детермінованими [17]. Цей факт підтверджується тим, що запальний процес в легеневій паренхімі може зберігатися навіть через тривалий час після повного припинення паління, що може бути пов'язано з тим, що власні ушкоджені або дисфункціональні епітеліоцити респіраторного тракту починають відігравати роль аутоантигенів, зі сталим дисбалансом в системі протеаз/антипротеаз, а також з порушеннями в мікріобіомі легень [18, 19]. Також в останні роки стає зрозумілим, що при ХОЗЛ наявне не тільки локальне запалення в дихальних шляхах, але й запальний процес на системному рівні, що відіграє певну роль як в клінічній картині ХОЗЛ та його ускладнень, так і у формуванні супутніх захворювань [20].

Рекомендації GOLD на 2026 рік акцентують увагу клініцистів на необхідності активно виявляти та виділяти причинні фактори розвитку ХОЗЛ, адже досі існує застаріла концепція сприйняття ХОЗЛ як захворювання, спричиненого курінням тютюну [21]. Однак це далеко не так, бо існує декілька основних етіотипів ХОЗЛ, що є неоднорідними і відрізняються гетерогенним перебігом та клінічними особливостями, і відповідно, підходами до їх діагностики та лікування [22]. Нині GOLD виділяє такі етіотипи ХОЗЛ: генетично детермінований, пов'язаний з аномаліями розвитку легень, пов'язаний з палінням, викликаний забрудненням полювантами, спровокований інфекціями, асоційований з астмою, ідіопатичний [1]. Розмежування цих етіотипів та виявлення етіологічних чинників у конкретного хворого дає змогу прогнозувати перебіг хвороби та максимально індивідуалізувати лікувальні заходи [23].

Експерти наголошують на тому, що спірометрія з бронхомоторним тестом повинна проводитись особам з клінічними ознаками бронхообструкції не тільки для виділення групи хворих на ХОЗЛ і стадіювання тяжкості респіраторних порушень. Особи, які до використання бронхолітика мали значення ОФВ1/ФЖЕЛ $<0,7$, а після – $>0,7$, становлять групу підвищеного ризику розвитку ХОЗЛ і у майбутньому повинні перебувати під наглядом лікаря та потребують активного

моніторингу даних показників [24]. Це досі залишається актуальною проблемою, адже величезна кількість випадків легкого і раннього ХОЗЛ залишається недиагностованою – дослідження, що охопило 27 країн, виявило поширеність ХОЗЛ (ОФВ1/ФЖЕЛ $<0,7$) на рівні 9,7%, при цьому 81% випадків ХОЗЛ були недиагностованими, а в країнах із низьким та середнім рівнем доходу кількість недиагностованих випадків взагалі становила 90-95% [25, 26]. Стосовно спірометричних критеріїв діагностики ХОЗЛ, одне шведське дослідження SCARDIOpulmonary bioImage (SCAPIS) продемонструвало, що використання даних вимірювань, отриманих після проведення проби з бронходилататором було більш успішним в плані виявлення осіб з легким перебігом ХОЗЛ, ніж використання референтних значень до бронходилататора [27]. Діагностичні критерії тяжкості бронхіальної обструкції залишились незмінними в порівнянні з 2025 роком: ОФВ1 $\geq 80\%$ ОФВ1/ФЖЕЛ $<0,7$ при відповідає легкому ступеню ХОЗЛ, 50-80% – помірному, 30-50% – тяжкому, $<30\%$ – дуже тяжкому [1]. Для оцінки вираженості симптомів ХОЗЛ та категоризації пацієнтів на малосимптомних та багатосимптомних експерти радять використовувати багатовимірні анкети та шкали, які, на відміну від традиційної Модифікованої шкали задишки mMRC, оцінюють також інші респіраторні та загальні прояви хвороби і їх вплив на якість життя [1]. І хоча найповнішими анкетами є CRQ та SGRQ, вони малоприматні для рутинної клінічної практики, оскільки потребують великої кількості часу на заповнення та інтерпретацію. З огляду на це рекомендованою шкалою для лікарів – клініцистів є COPD Assessment Test (CAT), яка дуже тісно корелює з SGRQ та була широко задокументована в численних публікаціях [1, 28].

Ще у 2011 році GOLD запропонував перейти від простої спірометричної системи класифікації для оцінки тяжкості ХОЗЛ та підбору лікування до комбінованої стратегії оцінки, що ґрунтується на таких показниках, як ступінь вираженості симптомів, та кількість і тяжкість загострень ХОЗЛ. З тих пір ця класифікація неодноразово переглядалась, включаючи спочатку 4 групи хворих за системою ABCD, а потім – 3 групи, відповідно – ABE. Одним із найбільш помітних та значущих нововведень GOLD на 2026 рік став черговий перегляд цієї класифікації. Останнім часом все більша кількість досліджень, присвячених ХОЗЛ, демонструють вирішальну роль загострень в перебігу цієї хвороби та виборі терапевтичних режимів, тож частота та тяжкість загострень є вагомими прогностичними факторами [29]. Зміни стосуються пацієнтів групи E, які мають підвищений ризик несприятливого прогнозу і потребують посиленого лікування. В порівнянні зі звітом 2025 року, де в групу E включали пацієнтів, які за попередні 12 місяців мали 2 і більше помірних або тяжких загострень, рекомендації на 2026 рік пропонують включати в цю групу

осіб, що мали 1 і більше загострень такого типу, а в групі А і В – малосимптомних та багатосимптомних (за даними опитувальників) осіб відповідно, які взагалі не мали загострень ХОЗЛ за останній рік [1, 30]. Таким чином ще більше підкреслюється роль загострень, як вирішального чинника при виборі лікувальної тактики для конкретного пацієнта. Критерії для встановлення ступеню тяжкості загострень залишилися незмінними в порівнянні в 2025 роком із виділенням легких, помірних і тяжких загострень в залежності від клінічних характеристик пацієнта [1].

Розділ оновленого звіту GOLD 2026, що стосується лікування ХОЗЛ, традиційно розпочинається з відмови від паління, як з ключової та вирішальної інтервенції в всіх пацієнтів з ХОЗЛ незалежно від ступеню тяжкості, адже продовження куріння негативно впливає на прогноз та прогресування захворювання, а відмова від куріння має найбільший вплив на припинення прогресування ХОЗЛ, покращує щоденні симптоми та зменшує частоту загострень [31]. Також для превенції загострень, пов'язаних з бактеріальними та вірусними інфекціями, та зменшення кількості госпіталізацій і летальних наслідків, експерти наполегливо рекомендують всім пацієнтам з ХОЗЛ, щорічну планову вакцинацію проти грипу, коронавірусу, респіраторно-синцитіального вірусу, пневмококової інфекції [32]. Кілька досліджень показали значне зниження загальної кількості загострень на одного вакцинованого від грипу суб'єкта порівняно з тими, хто отримував плацебо [33]. Результати популяційного дослідження також продемонстрували, що люди з ХОЗЛ, особливо люди похилого віку, мали знижений ризик ішемічної хвороби серця, коли вони були вакциновані вакциною проти грипу протягом багатьох років, а вакцинація проти грипу під час госпіталізації пацієнтів з гострою серцевою недостатністю може покращити їхню виживаність та зменшити ймовірність повторної госпіталізації протягом наступних 12 місяців [34].

Звіт GOLD на 2026 рік акцентує увагу лікарів на необхідності розмежування підходів до призначення терапії на ініціальному етапі, коли пацієнт ще не отримував жодного медикаментозного лікування ХОЗЛ, та при подальшому веденні, коли призначений об'єм терапії не дозволяє досягти бажаного ефекту в плані зменшення респіраторної симптоматики і частоти загострень, та покращення якості життя. Підхід до ініціального медикаментозного лікування залишається індивідуальним і базується на групі, до якої відноситься пацієнт – А, В чи Е. І оскільки в 2026 році критерії віднесення хворих до групи Е були переглянуті, це відображає тенденцію до більш раннього призначення і більш широкого використання інгаляційних кортикостероїдів (ICS) [1]. Дослідження, що порівнювали лікування комбінаціями тривалодіючих β_2 -агоністів (Long-Acting Beta₂-Agonist/ LABA) з ICS, трива-

лодіючих мускаринових антагоністів (Long-Acting Muscarinic Antagonist/ LAMA) з ICS, LABA з LAMA, а також з потрійною інгаляційною терапією, підтвердили значне зниження частоти загострень при додаванні ICS у пацієнтів, які перенесли одне помірне або тяжке загострення протягом попереднього року [35]. Велика кількість обсерваційних та інтервенційних досліджень показують, що одне помірне або тяжке загострення збільшує ризик подальших подій, і цей ризик ще більше зростає, якщо події трапляються частіше або є більш тяжкими [36]. Для всіх пацієнтів групи А пропонується монотерапія бронходилататором LABA або LAMA, це також може бути бронходилататор короткої дії, але тільки у пацієнтів з дуже рідкісною задишкою. Лікування пацієнтів групи В слід розпочинати з комбінації LABA+LAMA, яка за даними рандомізованих клінічних досліджень має переваги над монотерапією [35]. Що стосується групи Е, то Систематичний огляд Кокрейна та мережевий метааналіз, що порівнювали подвійну комбіновану терапію з монобронходилататорами тривалої дії, показали, що комбінація LABA+LAMA була більш ефективною та зменшувала ризик загострень. Також обов'язково потрібно розглянути потрійну терапію LABA+LAMA+ICS як початкову терапію в групі Е, якщо кількість еозинофілів ≥ 300 клітин/мкл [37]. Також експерти наголошують на обов'язковому призначенні ICS при супутній бронхіальній астмі, ≥ 2 загостреннях ХОЗЛ за останній рік, ≥ 1 госпіталізації з приводу ХОЗЛ, і можливості їх призначення навіть при $1 \geq$ загостренні і кількості еозинофілів від 100 клітин/мкл. Подальше ведення пацієнта, який вже отримує терапію, але не досягає стійкого покращення стану, базується на перевірці комплаєнсу і техніки використання засобів для доставки інгаляційного медикаменту, на оцінці респіраторних симптомів і включає такі опції, як додаткові немедикаментозні втручання при ХОЗЛ у вигляді легеневої реабілітації, дообстеження з метою виявлення інших супутніх захворювань респіраторної та кардіоваскулярної систем, що можуть ускладнювати перебіг ХОЗЛ, та модифікація і посилення медикаментозного лікування ХОЗЛ [1]. Це посилення медикаментозної терапії представляє собою покроковий менеджмент з переходом від монотерапії LABA або LAMA до комбінованого режиму LABA+LAMA, або від останнього до потрійної терапії LABA+LAMA+ICS, а також додавання на наступному етапі рофлуміласту, азитроміцину або перехід до використання імунобіологічної терапії – дупілумабу або меполізумабу [35, 38].

В звіті GOLD на 2026 рік було повністю переглянуто розділ ведення загострень та внесено важливі ремарки та доповнення. Аналіз звіту дає можливість коротко підсумувати такі загальні принципи ведення пацієнтів із загостренням ХОЗЛ:

1. Хоча загострення ХОЗЛ найчастіше викли-

кані інфекціями (вірусними, бактеріальними) або забруднювачами навколишнього середовища, інші стани, такі як пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, гостра серцева недостатність та пневмоторакс, можуть імітувати або погіршувати симптоми, подібні до загострення, що потребує від лікаря-клініциста ретельного проведення диференційної діагностики [39].

2. При появі симптомів загострення необхідно якомога швидше розпочати ескалацію терапії і першим кроком є використання короткодіючих β_2 -агоністів (Short-Acting Beta₂-Agonist/ SABA) або мускаринових антагоністів (Short-Acting Muscarinic Antagonist/ SAMA) [40].

3. Системні кортикостероїди рекомендується використовувати до 5 днів пацієнтам із загостреннями середнього/тяжкого ступеня [41].

4. Антибактеріальні засоби рекомендуються протягом 5 днів пацієнтам із гнійним мокротинням, наявністю легневих інфекцій в анамнезі тощо [42].

5. Метилксантини не рекомендуються через велику кількість побічних ефектів [43].

6. Високопотоківі кисневі системи та механічна неінвазивна вентиляція легень показані пацієнтам із ХОЗЛ та гострою дихальною недостатністю, оскільки вони покращують газообмін, знижують навантаження на респіраторну та кардіоваскулярну системи, зменшують необхідність інтубації. Вони також скорочують тривалість госпіталізації та покращують виживання [43, 44].

7. Час відновлення після загострення варіюється і становить в середньому до 4-6 тижнів, при цьому деякі пацієнти не повертаються до свого функціонального стану до загострення [45].

Можна сміливо сказати, що фокус уваги GOLD 2026 стосується коморбідності ХОЗЛ з іншими хронічними соматичними захворюваннями [1]. Розділ, присвячений супутній патології, був розширений та доповнений, в ньому підкреслюється важливість активної діагностики коморбідних станів та інтеграції їх лікування в план ведення пацієнтів з ХОЗЛ [1]. Ця проблема є актуальною зараз і можна прогнозувати, що вона залишиться актуальною як у недалекому, так і віддаленому майбутньому, в першу чергу через збільшення тривалості життя. Захворюваність на ХОЗЛ, як відомо, зростає з віком, також у пацієнтів із ХОЗЛ розвиток супутніх захворювань, особливо серцево-судинних та метаболічних, спостерігається у більш ранньому віці, ніж у загальній популяції, а вони в свою чергу ще сильніше прискорюють прогресування змін респіраторної системи, викликаних ХОЗЛ [46]. Також більшість пацієнтів із ХОЗЛ страждають на супутні хронічні захворювання, пов'язані з тими ж факторами ризику, тобто курінням, старінням та гіподинамією, і ці спільні етіологічні чинники пояснюють часте виникнення певного комплексу порушень у одного пацієнта [47]. Для опису цього явища був навіть введений термін «синдром», що описує су-

путнє виникнення при ХОЗЛ з інших станів, які мають можливі спільні механізми розвитку та фактори ризику [48]. Також доведено, що активний ХОЗЛ має виражений системний вплив на організм. Так, наприклад, обструкція дихальних шляхів та гіперінфляція впливають на функцію серця, а медіатори запалення, концентрація яких значно підвищується при ХОЗЛ, можуть сприяти атрофії скелетних м'язів та кахексії, а також можуть ініціювати або погіршувати супутні захворювання, такі як ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, остеопороз, нормоцитарна анемія, цукровий діабет та метаболічний синдром [47]. Численні рандомізовані клінічні дослідження продемонстрували, що поліморбідність впливає на смертність та частоту госпіталізацій незалежно від тяжкості обструкції дихальних шляхів та потребує спеціального лікування [49].

Особливо тісні патофізіологічні та патобіологічні зв'язки існують при формуванні респіраторної та кардіоваскулярної коморбідності. Поширеність серцево-судинних захворювань (ССЗ), включаючи артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, серцеву недостатність та аритмії, є більш високою у пацієнтів з ХОЗЛ в порівнянні з загальним популяційним рівнем [50]. ССЗ є також основною причиною смерті при ХОЗЛ, особливо у пацієнтів з легкою та помірною обструкцією дихальних шляхів [49]. Механізми, що лежать в основі частого співіснування ХОЗЛ та ССЗ, численні. По-перше, ССЗ та ХОЗЛ мають спільні фактори ризику і є синдемичними явищами [48]. По-друге, кілька патофізіологічних особливостей, характерних для ХОЗЛ, можуть сприяти розвитку ССЗ, включаючи такі:

1. Стійке системне запалення при ХОЗЛ, що спричиняє ендотеліальну дисфункцію, активацію тромбоцитів та порушення згортання крові, що може сприяти ССЗ [51];

2. Артеріальна гіпоксемія, що виникає при ХОЗЛ, провокує виникнення гіпоксії міокарда з порушенням скоротливості та підвищеним ризиком аритмій [52];

3. Гіперінфляція легень при ХОЗЛ зменшує венозне повернення до серця та стискає судини легень, тим самим обмежуючи серцевий викид та доставку кисню до тканин [51, 53];

4. Задишка при фізичному навантаженні, пов'язана з ХОЗЛ, призводить до зниження фізичної активності, що є добре відомим фактором серцево-судинного ризику [52, 53].

З іншого боку, серцево-судинні захворювання також можуть сприяти погіршенню стану здоров'я пацієнтів зі встановленим ХОЗЛ через кілька потенційних механізмів: альвеолярний та бронхіальний набряк через порушення скоротливості міокарда, посткапілярна легенева гіпертензія, зниження доставки кисню до скелетних м'язів, що додатково сприяє зниженню фізичної активності у цих пацієнтів і формуванню саркопенії [54]. З вищезазначеного випливає, що наявність

основних серцево-судинних захворювань необхідно активно діагностувати у будь-якого пацієнта з ХОЗЛ та, якщо вони є, лікувати відповідно до наявних рекомендацій [1, 52].

Варто зазначити, що серцево-судинний ризик значно зростає під час та після епізодів загострень ХОЗЛ, ймовірно, у зв'язку з погіршенням факторів, що сприяють розвитку ССЗ у періоди клінічної стабільності, (системне запалення, порушення газообміну в легенях, затримка газів та гіперінфляція легень) [51, 52, 55]. З іншого боку, такі серцево-судинні механізми, як зниження скоротливості міокарда, що призводить до набряку легень, легенева гіпертензія та погана перфузія органів, є причинами більш тяжкого перебігу загострень ХОЗЛ [54, 55]. В результаті, під час загострення ХОЗЛ ризик гострої серцево-судинної події, такої як інфаркт міокарда, аритмії та інсульт, ще більше зростає, корелює з тяжкістю загострень, і є вищим у госпіталізованих хворих [55]. Важливо, що цей ризик залишається високим протягом перших кількох тижнів після виписки з лікарні, і він може залишатися значно підвищеним навіть через рік [56]. Отже, проаналізувавши отриману інформацію, можна вивести кілька основних положень стосовно лікування загострень ХОЗЛ у пацієнтів з наявними ССЗ:

1. Необхідно ретельно проводити диференціальну діагностику загострень ХОЗЛ від інших станів, які можуть імітувати/посилювати їх (серцева недостатність, тромбоемболія легеневої артерії, кардіогенний набряк легень) [56].

2. Під час загострень ХОЗЛ у пацієнтів групи ризику доцільно регулярно вимірювати маркери ССЗ, такі як тропонін та натрійуретичні пептиди. Якщо будь-який з цих маркерів є аномальним під час загострення, необхідні відповідні подальші дослідження та лікування відповідно до рекомендацій з менеджменту ССЗ [52, 57].

3. Наразі немає доказів, що підтверджують рутинне використання профілактичного лікування ССЗ (наприклад, аспірину або антигіпертензивних препаратів) під час або після загострення у пацієнта, що не має діагностованого ССЗ [55, 56].

4. Зрештою, хоча запобігання загостренням вже є головною метою лікування ХОЗЛ через їх вплив на прогноз, функцію легень та стан здоров'я пацієнта, підвищений серцево-судинний ризик, що виникає під час та після гострого епізоду, є ще одним вагомим клінічним аргументом на користь запобігання загостренням з використанням превентивного підходу при веденні стабільного ХОЗЛ [1, 56, 57].

Висновки

В оновленому звіті GOLD 2026 року більш глибоко висвітлені питання патофізіології та патобіології загострень ХОЗЛ, що призвело до зміни погляду на загострення, як на критично важливу прогностичну подію в перебігу хвороби, і відповідно до перегляду критеріїв оцінки тяжкості

ті ХОЗЛ. Така концепція сприяє більш ранньому виявленню когорти пацієнтів, що мають підвищений ризик ускладнень, і дозволяє вчасно модифікувати та посилювати терапевтичні інтервенції. Також щорічні зміни стосуються розширення алгоритмів лікування із розмежуванням схем ініціальної терапії та терапії при подальшому лікуванні, що допомагає виробленню персоналізованого підходу у веденні таких пацієнтів. Було обґрунтовано та описано застосування препаратів імунобіологічної терапії при певних фенотипах ХОЗЛ, описано підходи до амбулаторного та госпітального менеджменту загострень. Рекомендації GOLD на 2026 рік акцентують увагу лікарів на необхідності системного погляду на здоров'я пацієнта та мультидисциплінарного підходу, висвітлюючи патофізіологічні та клінічні особливості коморбідного перебігу захворювань, впливу супутньої патології на діагностичні дані та лікувальні заходи. Враховуючи взаємопотенціювання негативних наслідків при коморбідності, автори наполягають активній діагностиці супутніх хвороб та інтеграції лікування інших хронічних станів у пацієнта в план ведення ХОЗЛ. Також одним з найбільш помітних нововведень GOLD 2026 року було включення абсолютно нового розділу, що стосується можливостей використання штучного інтелекту та потенціалу великих мовних моделей і машинного навчання для розробки універсальних діагностичних, моніторингових та прогностичних алгоритмів. Ця тенденція до використання новітніх технологій демонструє рух від класичних до смарт-підходів, які можуть підвищити якість індивідуалізованого менеджменту пацієнта із врахуванням особливостей ХОЗЛ та супутніх патологій.

ORCID авторів

Потабашній Валерій Аркадійович – ORCID: 0000-0002-0786-8158

Князева Олена Володимирівна – ORCID: 0000-0002-4272-6745

Особистий внесок авторів

Потабашній В.А.: а) концепція та дизайн; б) збір та узагальнення даних; в) аналіз та інтерпретація результатів; г) написання рукопису; д) остаточне затвердження рукопису.

Князева О.В.:) концепція та дизайн; б) збір та узагальнення даних; в) аналіз та інтерпретація результатів; г) написання рукопису; д) остаточне затвердження рукопису.

Фінансування

Дослідження здійснено без фінансової підтримки.

Конфлікт інтересів

Відсутній.