

Хронический бронхит – новые клинические рекомендации (основные положения)

И.В. Лешенко^{1,2}, С.Н. Авдеев^{3,4}, А.А. Зайцев^{5,6}, С.И. Овчаренко³, от имени рабочей группы по разработке и пересмотру новых клинических рекомендаций по хроническому бронхиту

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

²Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА России, Москва, Россия;

⁵ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия;

⁶ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Хронический бронхит (ХБ) является одним из наиболее часто диагностируемых неинфекционных хронических заболеваний. Вместе с тем при столь высокой заболеваемости ХБ, регистрируемой в Российской Федерации, данная патология требует взвешенной интерпретации клинико-функциональных показателей и дифференцированного подхода. Основные положения новых клинических рекомендаций по ХБ, которые отражены в статье, будут полезны в практической работе врача-интерниста.

Ключевые слова: хронический бронхит, клинические рекомендации, алгоритм диагностики, лечение

Для цитирования: Лешенко И.В., Авдеев С.Н., Зайцев А.А., Овчаренко С.И., от имени рабочей группы по разработке и пересмотру новых клинических рекомендаций по хроническому бронхиту. Хронический бронхит – новые клинические рекомендации (основные положения). Терапевтический архив. 2025;97(3):272–278. DOI: 10.26442/00403660.2025.03.203134

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2025 г.

REVIEW

Chronic bronchitis – new clinical recommendations (main provisions): A review

Igor V. Leshchenko^{1,2}, Sergey N. Avdeev^{3,4}, Andrey A. Zaytsev^{5,6}, Svetlana I. Ovcharenko³, on behalf of the working group for the development and revision of clinical guidelines for chronic bronchitis

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia;

²Ural Research Institute of Phthisiopulmonology – branch of the National Medical Research Center for Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Yekaterinburg, Russia;

³Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁴Research Institute of Pulmonology, Moscow, Russia;

⁵BIOTECH University, Moscow, Russia;

⁶Russian University of Medicine, Moscow, Russia

Abstract

Chronic bronchitis (CB) is one of the most commonly diagnosed non-communicable chronic diseases. At the same time, with such a high incidence of CB registered in the Russian Federation, this pathology requires a balanced approach to the interpretation of clinical and functional indicators and their differentiated approach. The main provisions of the new clinical recommendations on CB, which are reflected in the article, will be useful in the practical work of an internist.

Keywords: chronic bronchitis, clinical recommendations, algorithm of diagnosis, treatment

For citation: Leshchenko IV, Avdeev SN, Zaytsev AA, Ovcharenko SI, on behalf of the working group for the development and revision of clinical guidelines for chronic bronchitis. Chronic bronchitis – new clinical recommendations (main provisions): A review. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2025;97(3):272–278. DOI: 10.26442/00403660.2025.03.203134

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Лешенко Игорь Викторович** – д-р мед. наук, проф. каф. фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ, гл. науч. сотр. научно-клинического отд. Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиала ФГБУ НМИЦ ФПИ. E-mail: leshchenkoiv@yandex.ru

✉ **Igor V. Leshchenko.** E-mail: leshchenkoiv@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-1620-7159

Авдеев Сергей Николаевич – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), зав. отд. ФГБУ «НИИ пульмонологии»

Sergey N. Avdeev. ORCID: 0000-0002-5999-2150

Зайцев Андрей Алексеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. пульмонологии (с курсом аллергологии) Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ»; проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»

Andrey A. Zaytsev. ORCID: 0000-0002-0934-7313

Овчаренко Светлана Ивановна – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской терапии №1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Svetlana I. Ovcharenko. ORCID: 0000-0002-8264-6635

Введение

Современных эпидемиологических исследований, посвященных распространенности хронического бронхита (ХБ), практически нет. В большинстве популяционных исследований обсуждается вопрос о распространенности хронического кашля с экспекторацией мокроты без уточнения диагноза [1, 2]. В Российской Федерации по данным одного исследования показана распространенность ХБ от 10 до 20% от всего населения [3]. По данным статистических отчетов, во многих регионах РФ ХБ остается распространенным заболеванием, превышающим долю хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) среди всех хронических заболеваний легких. Складывается впечатление, что ХБ является «дежурным» диагнозом, основываемся, по мнению врача, на клинической оценке длительного продуктивного кашля. В то же время за этим симптомом может скрываться иная патология – хронические заболевания верхних и нижних дыхательных путей, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и др. [4, 5]. Расставить точки над *i*, предложив врачу алгоритм диагностики и лечения пациентов с ХБ, призваны новые клинические рекомендации и данная публикация.

Определение ХБ

ХБ клинически определяется как самостоятельное заболевание, сопровождающееся хронической бронхиальной гиперсекрецией не менее 3 мес подряд в течение двух и более лет, основным симптомом которого является продуктивный кашель, не связанный с каким-либо другим заболеванием. С клинической точки зрения диагноз ХБ – диагноз исключения.

Патогенез заболевания

Воспаление слизистой оболочки бронхов вызывают различные раздражающие вещества в сочетании с инфекцией (вирусной и бактериальной). Снижается выработка секреторного иммуноглобулина А, уменьшается содержание в слизи лизоцима и лактоферрина. Развиваются отек слизистой оболочки, а затем атрофия и метаплазия эпителия [5].

При ХБ изменяются структурно-функциональные свойства слизистой оболочки и подслизистого слоя бронхов, что выражается в гиперплазии и гиперфункции бокаловидных клеток, бронхиальных желез, гиперсекреции слизи и изменении ее свойств (слизистый секрет становится густым, вязким и засасывает реснички мерцательного эпителия). Все это приводит к нарушению в системе мукоцилиарного транспорта [5].

Диагностика ХБ

Критерии установления диагноза ХБ:

1. «Кашлевой анамнез» (кашель малопродуктивный или с выделением мокроты по крайней мере 3 мес в течение двух последовательных лет).
2. Отсутствие другой патологии бронхолегочного аппарата (туберкулеза, бронхоэктазов, пневмонии, БА, рака легкого и др.), обуславливающей «кашлевой анамнез».
3. Отсутствие обструкции дыхательных путей (обратимого и необратимого компонента) при дифференциальной диагностике с ХОБЛ и БА. Алгоритм диагностики ХБ представлен на **рис. 1** [5].

Дифференциальная диагностика ХБ проводится с заболеваниями, сопровождающимися синдромом хронического кашля (кашель, продолжающийся более 8 нед) [5–8].

Принимая во внимание потенциально широкий круг болезней/патологических состояний, сопровождающихся

Таблица 1. Перечень заболеваний, сопровождающихся хроническим кашлем [6]

Table 1. List of diseases accompanied by chronic cough [6]

Часто встречающиеся заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • ХОБЛ • Ятрогенный кашель (прием ингибиторов АПФ) • Кашель, связанный с заболеваниями ВДП («постназальный затек») • Кашлевой вариант БА • ГЭРБ
Менее часто встречающиеся заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Постинфекционный кашель (чаще всего связываемый с <i>Bordatella pertussis</i>- и <i>Mycoplasma pneumoniae</i>-инфекциями) • Бронхоэктазы • Обструктивное апноэ во время сна • Рак легкого • Хроническая сердечная недостаточность • Туберкулез
Редко встречающиеся заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Саркоидоз • Пневмоконозы • Рецидивирующая аспирация • Гипертрофия небных миндалин • Идиопатический легочный фиброз • Хроническое раздражение наружного слухового прохода (серная пробка, инородное тело) • Аспирированное инородное тело • Муковисцидоз • Трахеомалиция • Привычный (психогенный) кашель или кашлевой тик • Артериовенозная мальформация и др.

Таблица 2. Клинико-функциональная характеристика больных ХБ и ХОБЛ [9]

Table 2. Clinical and functional characteristics of patients with chronic bronchitis (CB) and chronic obstructive pulmonary disease [9]

	Ограничение воздушного потока ¹	Нет ограничения воздушного потока
Симптомы ХБ ²	ХОБЛ	ХБ
Отсутствие симптомов ХБ	ХОБЛ	Нет

¹ОФВ₁/ФЖЕЛ<0,7 при спирометрии; ²хронический кашель не менее 3 мес в году в течение 2 лет.

хроническим кашлем, целесообразно выделить из их числа частые, менее частые и редко встречающиеся (**табл. 1**) [6].

Учитывая родственность факторов риска, близость патоморфологических изменений на уровне крупных дыхательных путей и, как следствие этого, схожесть клинических проявлений (хронический продуктивный кашель), чаще всего перед практикующим врачом возникает необходимость в разграничении ХБ и ХОБЛ. Клинико-функциональная характеристика больных ХБ и ХОБЛ дана в **табл. 2**.

Кашель как нежелательная лекарственная реакция может развиваться у 5–20% пациентов, получающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), и связывается с накоплением брадикинина и других медиаторов кашля.

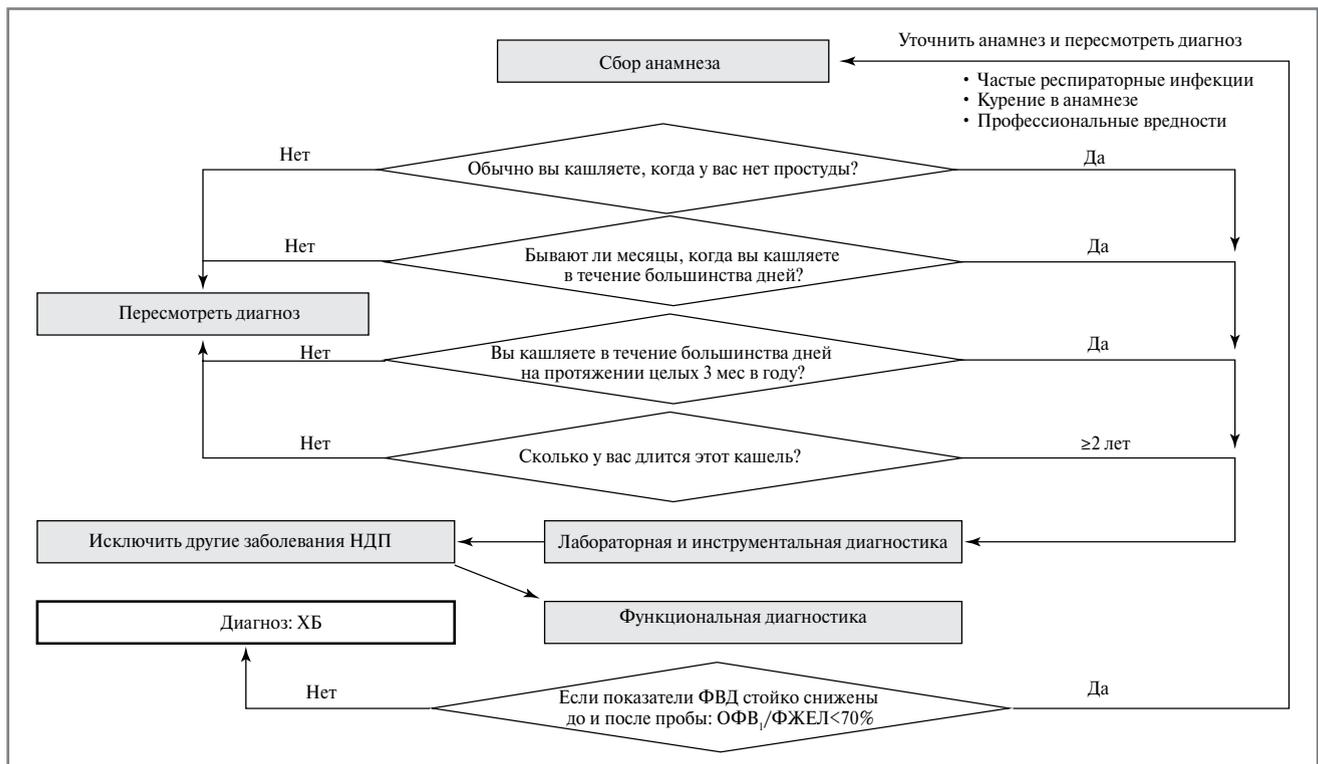


Рис. 1. Алгоритм диагностики ХБ [5].

Примечание. НДП – нижние дыхательные пути, ОФВ₁/ФЖЕЛ – объем форсированного выдоха в 1-ю секунду/форсированная жизненная емкость легких.

Fig. 1. The algorithm of diagnosis of CB [5].

Важно подчеркнуть при этом, что возникновение кашля не связано ни с дозой, ни с длительностью (от нескольких дней до нескольких месяцев) приема препарата. Как правило, после отмены ингибитора АПФ кашель прекращается в течение ближайших 4 нед. В противоположность этому антагонисты ангиотензина II (сартаны) не вызывают кашля и рассматриваются как приемлемая альтернатива ингибиторам АПФ при развитии подобных нежелательных реакций [8].

Кашель, связанный с заболеваниями верхних дыхательных путей (ВДП), или «постназальный затек», нередко наблюдается у пациентов с аллергическим (сезонным или круглогодичным), неаллергическим (вазомоторным) и медикаментозным («рикошетный» эффект после прекращения длительной терапии деконгестантами и другими препаратами для местного применения) ринитом, хроническим бактериальным риносинуситом, анатомическими аномалиями (искривление носовой перегородки). Более чем в 20% случаев развивающийся при этом кашель оказывается «молчаливым», т.е. не сопровождается демонстративными симптомами соответствующего заболевания ВДП. Диагноз «кашель, связанный с заболеваниями ВДП», можно считать установленным только после проведения целенаправленного исследования (мультиспиральная компьютерная томография – КТ околоносовых пазух, осмотр оториноларинголога) и достижения эффекта в ходе последующего лечения [10].

У определенной части пациентов с БА заболевание может манифестировать кашлем при отсутствии других симптомов и каких-либо отклонений в ходе физического обследования (так называемый кашлевой вариант БА).

ГЭРБ – еще одна из наиболее частых причин хронического кашля (по данным ряда исследований, частота обнаружения ГЭРБ у длительно кашляющих пациентов

достигает 70%), причиной которого может быть заброс содержимого желудка через расслабленный нижний пищеводный сфинктер в пищевод, гортань и дыхательные пути [11].

Важно подчеркнуть, что у ряда пациентов кашель может оказаться единственным симптомом ГЭРБ при отсутствии таких ее типичных проявлений, как изжога, отрыжка, кислый вкус во рту. Рекомендуется целенаправленное обследование пациента (рентгенография пищевода, рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, эзофагогастроскопия, внутрипищеводная рН-метрия), предпочтительно изменение образа жизни (похудение, отказ от жирной и кислой пищи, алкоголя, шоколада, чрезмерного применения кофе и чая) и назначение ингибиторов протонной помпы у пациентов с длительным кашлем в целях дифференциальной диагностики ХБ и ГЭРБ [11]. Бронхообструктивный синдром (БОС) для больных ХБ не характерен.

Обострение ХБ

Обострение ХБ определяется как состояние, связанное с внезапным ухудшением самочувствия стабильного пациента со следующими симптомами [12, 13]:

- появление или усиление одышки;
- увеличение объема отделяемой мокроты;
- усиление гнойности мокроты.

Наличие у пациента всех трех критериев описывается как I тип, двух из них – как II тип, одного – как III тип обострения ХБ согласно критериям Anthonisen [12].

Физическими признаками обострения ХБ являются выслушиваемые при аускультации легких жесткое дыхание, диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы. При появлении в бронхах секрета могут выслушиваться влажные



Рис. 2. Алгоритм лечения хронического кашля (более 8 нед) у пациентов в возрасте ≥15 лет [14].

Примечание. ВРКТ ОГК – высокоразрешающая КТ органов грудной клетки, ФБС – фибробронхоскопия, ЭхоКГ – эхокардиография, ИКС – ингаляционные кортикостероиды, АЛТ – антилейкотриены, ПП – протонная помпа.

Fig. 2. Chronic cough algorithm for the management of patients ≥15 years of age with cough lasting >8 weeks [14].

хрипы. В то же время повторяющийся при обострениях ХБ БОС требует проведения дифференциального диагноза с целью определения его нозологической принадлежности.

Данные анализа крови не являются специфическими, однако наряду с клиническими критериями позволяют принять решение о необходимости дополнительного обследования с целью исключения пневмонии и назначения противомикробных препаратов системного действия. Лейкоцитоз крови >12×10⁹/л и/или палочкоядерный сдвиг >10%, нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение >20, уровень С-реактивного белка в сыворотке крови >100 мг/л указывают на высокую вероятность бактериальной инфекции, что требует дальнейшего обследования пациента с целью исключения пневмонии.

Лечение ХБ

Основные цели терапии ХБ должны быть направлены на различные патофизиологические механизмы, лежащие в основе данного заболевания, а именно хронического кашля:

- уменьшить выраженность воспаления в дыхательных путях;
- уменьшить гиперсекрецию бронхиального секрета;
- улучшить отхождение бронхиального секрета путем улучшения цилиарного транспорта секрета и уменьшения вязкости слизи;
- модифицировать кашель.

Эти цели могут быть достигнуты с помощью ряда немедикаментозных и медикаментозных средств.

Алгоритм лечения хронического кашля (более 8 нед) у пациентов в возрасте 15 лет и старше представлен на рис. 2 [14].

Хронический кашель (особое внимание уделить «красным флагам») [15]:

- кровохарканье;
- индекс курящего человека >45 пачек/лет и/или появление, изменение кашля или изменение голоса;

- взрослые в возрасте 55–80 лет с индексом курящего человека 30 пачек/лет, продолжающие или прекратившие курение последние 15 лет;
- прогрессирующая одышка, особенно в покое;
- охриплость голоса;
- системные симптомы:
 - лихорадка,
 - похудение,
 - периферические отеки;
- нарушение глотания во время еды или питья;
- рвота;
- рецидивирующая пневмония;
- нарушение респираторной функции и/или рентгенологические нарушения легких в сочетании с продолжающимся кашлем.

Отказ от курения

Всем пациентам с ХБ рекомендуется отказ от курения для профилактики обострений и лучшего контроля симптомов заболевания. Желание пациента прекратить курение, медикаментозная терапия табачной зависимости, психосоциальная групповая поддержка обеспечивают положительный результат в 20–30% случаев [16–18]. Среди участников программы через 5 лет остаются некурящими до 22% пациентов [19, 20].

Мукоактивные препараты

Характерным симптомом для больных ХБ является длительный продуктивный кашель. Мукоактивные препараты являются препаратами выбора для данной категории пациентов (амброксол, бромгексин, карбоцистеин, N-ацетилцистеин, эрдостеин), принимаемыми в общепринятых дозах с целью регресса заболевания, а также уменьшения частоты повторных обострений [5, 21]. Наблюдательные

Таблица 3. АБТ при обострении ХБ

Table 3. Antibacterial therapy for exacerbation of CB

Тип обострения ХБ	Вероятные бактериальные возбудители	Эмпирическая АБТ	
Простое («неосложненное») обострение ХБ	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Препараты выбора: амокциллин ¹ или пероральные цефалоспорины III поколения (цефдиторен, цефподоксим, цефиксим) ¹	Препараты альтернативы: амокциллин/клавуланат или «респираторные» фторхинолоны
«Осложненное» обострение ХБ ²	<i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> <i>Enterobacteriaceae</i> spp.	Амоксициллин/клавуланат или «респираторные» фторхинолоны	

¹При непереносимости β-лактамов – азитромицин или кларитромицин. Помимо основного антибактериального действия кларитромицин проявляет иммуномодулирующие и противовоспалительные свойства. Важным его преимуществом является защита и нормализация функций реснитчатого эпителия, улучшение мукоцилиарного клиренса, ингибирование хемотаксиса в дыхательных путях и подавление продукции и высвобождения слизи. Кроме того, кларитромицин подавляет выработку пневмолизина, важного фактора вирулентности *S. pneumoniae* [33, 34]; ²наличие ≥1 из следующих факторов риска терапевтической неудачи: возраст >65 лет; серьезные сопутствующие заболевания (сахарный диабет, сердечная недостаточность, хронические заболевания печени и почек, злокачественные новообразования); госпитализация по поводу обострения ХБ за последние 12 мес [35, 36].

исследования и исследования реальной клинической практики свидетельствуют, что муколитические препараты, изменяя объем и состав бронхиального секрета, облегчают его элиминацию при заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей, в том числе и ХБ [22]. Поскольку современные рекомендации по медикаментозной терапии хронического кашля рассматривают симптоматическое лечение как одно из основных, очевидно, что облегчение экспекторации мокроты и косвенно – уменьшение кашля делают муколитические препараты важной составляющей терапии пациентов с ХБ [21, 22]. В свою очередь облегчение кашля способствует обратному развитию таких симптомов, как нарушение сна, ухудшение общего самочувствия, одышка и иные проявления респираторного дискомфорта. Установлена эффективность мукоактивных комбинированных растительных лекарственных препаратов, включающих комбинации тимьян-плющ (в форме сиропа) и тимьян-первоцвет (в форме таблеток, покрытых оболочкой), у пациентов с кашлем и образованием мокроты для облегчения ее выведения [23, 24].

Бронходилататоры

Бронходилататоры (БД) в терапии ХБ являются препаратами исключения, так как для данного заболевания БОС не характерен. Пациентам при стабильном течении ХБ может быть рекомендован ситуационный прием короткодействующих БД для облегчения экспекторации мокроты за счет расширения просвета дыхательных путей и увеличения частоты биения ресничек мерцательного эпителия, а также уменьшения вязкости бронхиального секрета [25]. При БОС у больных ХБ, требующим дифференциального диагноза, возможно назначение длительнодействующих β₂-агонистов, обладающих не только бронходилатационным эффектом, но и способностью повышать частоту биения ресничек эпителия слизистой бронхов, увеличивая одновременно пиковую скорость выдоха [26]. Использование теофиллина у пациентов со стабильным течением ХБ для уменьшения выраженности кашля не рекомендуется [27].

Глюкокортикостероиды

Не рекомендуется назначение пациентам со стабильным течением ХБ кортикостероидов системного действия для рутинной практики [28].

Антибиотики

Антимикробные препараты у пациентов с ХБ вне обострения не применяются [29].

Лечение обострения ХБ

Антибактериальная терапия

Показания к антибактериальной терапии (АБТ) при обострении ХБ [12]:

- 3 «больших» критерия Anthonisen (усиление одышки, увеличение объема экспекторированной мокроты, усиление гнойности мокроты) или 2 «больших» критерия Anthonisen (один из них – усиление гнойности мокроты);
- 1 «большой» + ≥2 «малых» критерия Anthonisen (инфекция ВДП, лихорадка, свистящее дыхание, усиление кашля; учащение частоты сердечных сокращений и/или частоты дыхания на ≥20%). Назначение антибактериальных препаратов рекомендуется у пациентов с I и II типами обострения ХБ по Anthonisen для лечения обострения с наибольшей эффективностью ХБ, ассоциированного с обострением ХОБЛ легкого и среднетяжелого течения без факторов риска при уровне С-реактивного белка ≥30 мг/л [30–32]. В табл. 3 представлены схемы АБТ при обострении ХБ.

Оптимальная продолжительность антимикробной терапии при обострении ХБ составляет 5–7 сут [37–40].

При обострении ХБ рекомендуется назначение в форме для ингаляций бронхолитических селективных β₂-адреномиметиков с коротким сроком действия (сальбутамол), антихолинергических средств с коротким сроком действия (ипратропия бромид) или их фиксированной комбинации [41]. Однако БОС при обострении ХБ требует уточнения его диагностической принадлежности, тем более при назначении кортикостероидов. В этих случаях проводится короткий курс кортикостероидов системного действия (например, в течение 5 дней преднизолон в пероральной форме 30–40 мг/сут либо ингаляции небулизированного будесонида 4 мг/сут) [42, 43].

Мукоактивная терапия

Рекомендуется применение муколитических препаратов (ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин, амброксол, бромгексин, комбинированные препараты, содержащие тройную комбинацию в составе бромгексина/амброксола, сальбутамола/левосальбутамола и гвайфенезина), а также в качестве альтернативных препаратов – мукоактивных комбинированных растительных лекарственных препаратов, включающих комбинации тимьян-плющ (в форме сиропа) и тимьян-первоцвет (в форме таблеток, покрытых оболочкой) [24, 44].

Медицинская реабилитация

Всем пациентам с ХБ рекомендуется включать в программу реабилитации психологическую поддержку и борьбу с депрессией, обучение, нутритивную поддержку и физическую тренировку для всестороннего улучшения их состояния [45, 46].

В качестве физической тренировки можно использовать занятия на беговой дорожке или велозргометре от 10 до 45 мин на одно занятие с интенсивностью от 50% пикового потребления кислорода до максимального уровня переносимости [45]. В общетерапевтической практике при отсутствии ресурсов для полноценной реабилитации следует рекомендовать ежедневные прогулки (например, от 30 до 60 мин и более – в зависимости от физического статуса и тяжести сопутствующих заболеваний), а также тренировки с помощью скандинавской ходьбы. В ряде программ имеются тренировки верхней группы мышц, что улучшает их функцию и силу [46].

Для проведения легочной реабилитации рекомендуется включать в программу тренировки дыхательной мускулатуры с помощью различных видов устройств (дыхательных тренажеров) у пациентов с ХБ [46].

Вакцинация при ХБ

Пациентам с ХБ рекомендуется вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции для профилактики гриппа и бронхолегочных заболеваний и их обострений [47].

Перспективным методом влияния на частоту обострений при ХБ является применение бактериальных лизатов системного действия (ОМ-85, PMDL) [48, 49].

Заключение

Представленные в статье основные положения новых клинических рекомендаций по ХБ отражают современные подходы к диагностике и лечению. Вместе с тем ХБ, ос-

новным клиническим симптомом которого является хронический продуктивный кашель, – диагноз исключения, требующий дифференцированного подхода с целым рядом заболеваний не только респираторной системы. Как правило, ХБ отличает нетяжелое течение, без функциональных осложнений. Немедикаментозная терапия – залог успеха лечения больных ХБ. Препаратами выбора лекарственной терапии при ХБ являются муколитические средства. Новый пересмотр клинических рекомендаций призван взвешенно оценивать клинико-функциональную картину и анамнестические сведения при диагностике ХБ.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

АБТ – антибактериальная терапия
АПФ – ангиотензинпревращающий фермент
БА – бронхиальная астма
БД – бронходилататоры
БОС – бронхообструктивный синдром

ВДП – верхние дыхательные пути
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
КТ – компьютерная томография
ХБ – хронический бронхит
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64(10):863-8. DOI:10.1136/thx.2009.115725
- Martinez C, Chen Y, Kazerooni E, et al. Non-obstructive chronic bronchitis in the COPD Gene cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:A6622. DOI:10.1164/ajrccm-conference.2012.185.1_MeetingAbstracts.A6622
- Косарев В.В., Бабанов С.А. Социальные аспекты хронического бронхита по данным эпидемиологического исследования. *Экология человека*. 2005;12:46-9 [Kosarev VV, Babanov SA. Social aspects of chronic bronchitis according to data of epidemiologic study. *Ekologiya cheloveka*. 2005;12:46-9 (in Russian)].
- Smith JA, Woodcock A. Chronic cough. *N Engl J Med*. 2016;375:1544-51. DOI:10.1056/NEJMcп1414215
- Лещенко И.В., Демко И.В., Зайцев А.А., и др. Хронический бронхит. Под ред. И.В. Лещенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 [Leshchenko IV, Demko IV, Zaitsev AA, et al. *Khronicheskii bronkhit*. Pod red. IV Leshchenko. Moscow: GEOTAR-Media, 2021 (in Russian)].
- Зайцев А.А., Оковитый С.В., Крюков Е.В. Кашель. Практическое пособие для врачей. М., 2015 [Zaitsev AA, Okovityi SV, Kriukov EV. *Kashel. Prakticheskoe posobie dlia vrachei*. Moscow, 2015 (in Russian)].
- Terasaki G, Paauw DS. Evaluation and treatment of chronic cough. *Med Clin N Am*. 2014;98:91-403. DOI:10.1016/j.mcna.2014.01.002
- Achilleos A. Evidence-based evaluation and management of chronic cough. *Med Clin N Am*. 2016;100:1033-45. DOI:10.1016/j.mcna.2016.04.008
- Dotan Y, So JY, Kim V. Chronic Bronchitis: Where Are We Now? *Chronic Obstr Pulm Dis*. 2019;6(2):178-92. DOI:10.15326/jcopdf.6.2.2018.0151
- Lai K, Shen H, Zhou X, et al. Clinical practice guidelines for diagnosis and management of cough: Chinese Thoracic Society (CTS) Asthma Consortium. *J Thorac Dis*. 2018;10:6314-51. DOI:10.21037/jtd.2018.09.153
- Irwin RS. Chronic Cough Due to Gastroesophageal Reflux Disease ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129(Suppl. 1):59S-62S. DOI:10.1378/chest.129.1_suppl.80S
- Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987;106(2):196-204. DOI:10.7326/0003-4819-106-2-196
- Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al. New guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Clin Microbiol Infect*. 2011;17(6):1-59. DOI:10.1111/j.1469-0691.2011.03602.x
- Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-

- based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;29(1 Suppl.):1S-23S. DOI:10.1378/chest.129.1_suppl.1S
15. Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *Eur Respir J*. 2020;55:1901136 DOI:10.1183/13993003.01136-2019
16. Chandler MA, Rennard SI. Smoking cessation. *Chest*. 2010;137:428-35. DOI:10.1378/chest.09-0124
17. Hukkinen M, Korhonen T, Broms U, et al. Long-Term Smoking Behavior Patterns Predicting Self-Reported Chronic Bronchitis. *J COPD*. 2009;6:242-9. DOI:10.1080/15412550903051781
18. Faessel H, Ravva P, Williams K. Pharmacokinetics, safety, and tolerability of varenicline in healthy adolescent smokers: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Clin Ther*. 2009;31:177-89. DOI:10.1016/j.clinthera.2009.01.003
19. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999;340:685-91. DOI:10.1056/NEJM199903043400903
20. Willemse BW, Postma DS, Timens W, ten Hacken NHT. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation. *Eur Respir J*. 2004;23:464-76. DOI:10.1183/09031936.04.00012704
21. Poole P, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;2:CD001287. DOI:10.1002/14651858.CD001287.pub3
22. Poole P, Sathananthan K, Fortescue R. Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5(5):CD001287. DOI:10.1002/14651858.CD001287.pub6
23. Kardos P, Berck H, Fuchs KH, et al. Guidelines of the German respiratory society for diagnosis and treatment of adults suffering from acute or chronic cough. *Pneumologie*. 2010;64:701-11. DOI:10.1055/s-0030-1255526
24. Kardos P, Dinh QT, Fuchs KH, et al. Guidelines of the German Respiratory Society for Diagnosis and Treatment of Adults Suffering from Acute, Subacute and Chronic. *Cough Pneumologie*. 2019;73:143-10. DOI:10.1055/a-0808-7409
25. Ghafouri R, Patil K, Kass I. Sputum changes associated with the use of ipratropium bromide. *Chest*. 1984;86:387-93. DOI:10.1378/chest.86.3.387
26. Melloni B, Germouty J. The influence of a new beta agonist formoterol on mucociliary function. *Rev Mal Respir*. 1992;9:503-7.
27. Ram F, Jones P, Castro A, et al. Oral theophylline for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;4:DOI:10.1002/14651858.CD003902
28. Lai K, Shen H, Zhou X, et al. Clinical Practice Guidelines for Diagnosis and Management of Cough-Chinese Thoracic Society (CTS) Asthma Consortium. *J Thorac Dis*. 2018;10:6314-51. DOI:10.21037/jtd.2018.09.153
29. Staykova T, Black P, Chacko E, et al. Prophylactic antibiotic therapy for bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. (database online). 2004;4.
30. Dimopoulos G, Siempos II, Korbila IP, et al. Comparison of first line with secondline antibiotics for acute exacerbations of chronic bronchitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Chest*. 2007;132:447-55.
31. Siempos II, Dimopoulos G, Korbila IP, et al. Macro-lides, quinolones and amoxicillin/clavulanate for chronic bronchitis: a meta-analysis. *Eur Respir J*. 2007;29(6):1127-37. DOI:10.1183/09031936.00147806
32. Falagas M, Avgeri S, Matthaïou D, Dimopoulos G. Short-versus long-duration antimicrobial treatment for exacerbations of chronic bronchitis: a meta-analysis. *J Antimicrob Chemother*. 2008;62(3):442-50.
33. Adler JL, Jannetti W, Schneider D, et al. Phase III, randomized, double-blind study of clarithromycin extended-release and immediate-release formulations in the treatment of patients with acute exacerbation of chronic bronchitis. *Clin Ther*. 2000;22(12):1410-20. DOI:10.1016/s0149-2918(00)83040-4
34. Mahashur A. Management of lower respiratory tract infection in outpatient settings: Focus on clarithromycin. *Lung India*. 2018;35(2):143-9. DOI:10.4103/lungindia.lungindia_262_17
35. Miravittles M, Espinosa C, Fernandez-Laso E, et al. Relationship between bacterial flora in sputum and functional impairment in patients with acute exacerbations of COPD. Study Group of Bacterial Infection in COPD. *Chest*. 1999;116(1):40-6.
36. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Антибактериальная терапия при обострении хронической обструктивной болезни легких: фокус на длительность «безынфекционного» периода. *Consilium Medicum*. 2012;14(3):74-8 [Sinopalnikov AI, Zaitsev AA. Antibakterialnaia terapiia pri obostrenii khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh: fokus na dlitelnost "bezynfeksionnogo" perioda. *Consilium Medicum*. 2012;14(3):74-8 (in Russian)].
37. Lorenz J, Steinfeld P, Drath L, et al. Efficacy and Tolerability of 5- vs 10-Day Cefixime Therapy in Acute Exacerbations of Chronic Bronchitis. *Clin Drug Investig*. 1998;15(1):13-20.
38. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Комплаентность пациентов с инфекциями дыхательных путей. *Клиническая микробиология и анти-микробная химиотерапия*. 2008;1:50-9 [Sinopalnikov AI, Zaitsev AA. Patient compliance with antimicrobial therapy of lower respiratory tract infections. *Klinicheskaiia mikrobiologiia i antimikrobnaya khimioterapiia*. 2008;1:50-9 (in Russian)].
39. Chodosh S, DeAbate C, Haverstock D, et al. Short-course moxifloxacin therapy for treatment of acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis. The Bronchitis Study Group. *Respir Med*. 2000;94:18-27. DOI:10.1053/rmed.1999.0708
40. Masterton R, Burley C. Randomized, double-blind study comparing 5- and 7-day regimens of oral levofloxacin in patients with acute exacerbation of chronic bronchitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2001;18:503-12.
41. Higgings BG, Powell RM, Cooper S, Tattersfield AE. Effect of salbutamol and ipratropium bromide on airway calibre and bronchial reactivity in asthma and chronic bronchitis. *Eur Respir J*. 1991;4:415-20.
42. Walters JAE, Tan DJ, White CJ, et al. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;9:112-34. DOI:10.1002/14651858.CD001288.pub4
43. Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, et al. The role of nebulised budesonide in the treatment of exacerbations of COPD. *Eur Respir J*. 2007;29(4):660-7. DOI:10.1183/09031936.00073506
44. Avdeev SN, Vizel AA, Abrosimo VN, et al. Management of Cough in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results of the Multicenter Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. *Int J Chronic Obstruct Pulm Dis*. 2021;16:1243-53. DOI:10.2147/COPD.S292109
45. Nici L, Donner C, Wouters E, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:1390-413. DOI:10.1164/rccm.200508-1211ST
46. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2007;131:4S-42S. DOI:10.1378/chest.06-2418
47. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Брико Н.И., и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. М. 2023 [Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Briko NI, et al. Vaktsinoprofilaktika pnevmokokkovoi infektsii u detei i vzroslykh. Metodicheskie rekomendatsii. Moscow. 2023 (in Russian)].
48. Fraser A, Poole P. Immunostimulants versus placebo for preventing exacerbations in adults with chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;11(11):CD013343. DOI:10.1002/14651858.CD013343.pub2
49. Gareri P, Trevisan C, Abbatecola AM, et al. Efficacy Of Om-85 In Recurrent Respiratory Tract Infections. *Rev Recent Clin Trials*. 2023;18(3):223-7. DOI:10.2174/157488711866623051812806

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.10.2024



OMNIDOCTOR.RU