Хронический бронхит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J40, J41, J42 · Российское респираторное общество

Хронический бронхит — самостоятельное заболевание с гиперсекрецией бронхиальной слизи не менее 3 месяцев подряд в течение 2 лет и более, обычно с продуктивным кашлем. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза после исключения других причин кашля, различению с ХОБЛ и ведению стабильного состояния и обострений.

Главное

- Диагноз ХБ предварительно устанавливают при продуктивном кашле не менее 3 месяцев подряд в течение 2 и более лет, если нет функциональных признаков бронхиальной обструкции и исключены другие заболевания.
- Наличие бронхообструкции требует уточнения диагноза и не является проявлением ХБ.
- Наиболее значимым экзогенным фактором является табачный дым. Пациентам следует прекратить курение и избегать других аэроирритантов; фармакотерапия табачной зависимости, включая вареникли и никотинзаместительную терапию, назначается при отсутствии противопоказаний (УУР В, УДД 2).
- При стабильном ХБ и продуктивном кашле рекомендуется симптоматическая терапия муколитиками в общепринятых дозах: амброксол, бромгексин, карбоцистеин, ацетилцистеин или эрдостеин (УУР А, УДД 1).
- Обострение оценивают по усилению одышки, увеличению объема мокроты и ее гнойности. Наличие всех трех признаков соответствует I типу, двух — II типу, одного — III типу обострения (УУР С, УДД 5).
- Системные антибиотики вне обострения не применяют для снижения риска селекции и развития нежелательных лекарственных реакций (УУР А, УДД 1).
- Ведение ХБ обычно амбулаторное; плановая и неотложная госпитализация в круглосуточный стационар по поводу ХБ не предусмотрена. Контроль лечения проводят через 1, 3 и 12 месяцев в первый год, затем ежегодно.

Диагностика

1. Уточнить длительность и характер кашля: хроническим считают кашель более 8 недель, а для ХБ важны кашель с мокротой в течение не менее 3 месяцев в году на протяжении 2 и более лет. Уточнить объем и характер мокроты, наличие крови, выделений из носа, профессиональных вредностей, курения и приема ингибиторов АПФ или бета-адреноблокаторов (УУР С, УДД 5).
2. Собрать анамнез и провести физикальное обследование, включая аускультацию при форсированном дыхании и в положении лежа (УУР С, УДД 5).
3. Оценить воздействие табачного дыма, профессиональных и бытовых раздражителей, индекс курения и частоту обострений за год (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить рентгенографию легких в передней прямой проекции для исключения пневмонии, туберкулеза, опухоли, бронхоэктазов и другой патологии (УУР С, УДД 5). КТ органов грудной клетки не используют рутинно для подтверждения ХБ.
5. Провести исследование дыхательных объемов и потоков с бронходилатационной пробой для дифференциации ХБ и ХОБЛ: определить ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ (УУР С, УДД 5). При стабильном ХБ постбронходилатационное ОФВ1/ФЖЕЛ обычно составляет ≥ 0,7, а после 400 мкг сальбутамола прирост ОФВ1 — менее 12% и менее 200 мл.
6. Оценить SpO2 до и после 6-минутной ходьбы для выявления дыхательной недостаточности (УУР С, УДД 2). Дыхательная недостаточность нехарактерна для ХБ и требует поиска ХОБЛ или другого заболевания.
7. При хроническом кашле последовательно исключать заболевания верхних дыхательных путей, бронхиальную астму и ГЭРБ; при необходимости выполнять КТ, бронхолитический тест, исследования на эозинофилию, обследование по поводу ГЭРБ и направлять к пульмонологу, оториноларингологу или гастроэнтерологу (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Всем пациентам рекомендовать прекращение курения и избегание табачного дыма и других аэроирритантов для профилактики обострений и контроля кашля (УУР С, УДД 5). При отсутствии противопоказаний для лечения табачной зависимости используют варениклин или никотинзаместительную терапию (УУР В, УДД 2).
- При стабильном ХБ и продуктивном кашле назначать муколитики в общепринятых дозах: амброксол, бромгексин, карбоцистеин, ацетилцистеин или эрдостеин (УУР А, УДД 1). Рекомендуются также мукоактивные растительные комбинации экстракта листьев плюща с экстрактом травы тимьяна или экстракта корней первоцвета с экстрактом травы тимьяна (УУР С, УДД 5).
- Для облегчения кашля при стабильном течении допустимы бронходилататоры — селективные бета2-адреномиметики и антихолинергические средства (УУР С, УДД 5). Теофиллин рутинно не используют.
- Противокашлевые препараты центрального действия, включая декстрометорфан+терпингидрат+[левоментол], применяют для уменьшения выраженности и частоты кашлевых приступов (УУР С, УДД 5).
- При стабильном ХБ системные кортикостероиды рутинно не назначают, а системные антибиотики вне обострения не применяют (УУР С, УДД 5; УУР А, УДД 1).
- При обострении используют ингаляционные короткодействующие бета2-агонисты, например сальбутамол, антихолинергические средства, например ипратропия бромид, или их фиксированную комбинацию (УУР С, УДД 5).
- Антибиотики при обострении назначают по критериям Anthonisen: при трех больших критериях либо двух больших, один из которых — гнойность мокроты; также при одном большом и не менее двух малых критериях. Возможные препараты: амоксициллин, пероральные цефалоспорины III поколения, амоксициллин+[клавулановая кислота] или респираторные фторхинолоны; курс обычно 5–7 суток (УУР В, УДД 1).
- Кортикостероиды при обострении обычно не нужны; при бронхообструктивном синдроме рекомендуется 5-дневный курс: преднизолон 30–40 мг/сут внутрь или небулизированный будесонид 4 мг/сут (УУР С, УДД 5). Кислородотерапию для увеличения периферической сатурации при обострении ХБ не применяют.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к пульмонологу для уточнения диагноза, дифференциальной диагностики, выбора лечебной стратегии или ее изменения при отсутствии эффекта от терапии.
- Направить в дневной стационар, если нужные исследования невозможно выполнить амбулаторно, начальная амбулаторная терапия обострения неэффективна в течение 3 суток или обострилось сопутствующее заболевание без нарушения жизненно важных функций.
- Рассмотреть дневной стационар при новых для ХБ симптомах, включая прогрессирующую одышку или фебрильную температуру, при тяжелых сопутствующих заболеваниях и у пожилых пациентов с коморбидностью.
- Лечение обострения проводят амбулаторно; круглосуточная плановая или неотложная госпитализация пациентов с ХБ в рекомендации не предусмотрена.
- Окончить лечение обострения можно после установления окончательного диагноза, клинической стабильности в течение 12–24 часов, уменьшения объема и гнойности мокроты, нормализации температуры и обучения пациента ингаляционной терапии.

Частые вопросы

Какие критерии позволяют поставить диагноз хронического бронхита?

Нужен кашель с мокротой не менее 3 месяцев подряд в течение 2 и более лет. Перед установлением диагноза необходимо исключить другие бронхолегочные и сердечные причины кашля и оценить наличие обструкции.

Как отличить хронический бронхит от ХОБЛ?

При стабильном ХБ показатели функции внешнего дыхания обычно близки к норме, а постбронходилатационное ОФВ1/ФЖЕЛ составляет ≥ 0,7. Для ХОБЛ характерно стойкое ограничение воздушного потока при ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7.

Когда при обострении хронического бронхита нужны антибиотики?

Антибактериальную терапию назначают по критериям Anthonisen: при трех больших критериях, при двух больших с обязательной гнойностью мокроты либо при одном большом и не менее двух малых критериях. Обычно курс длится 5–7 суток.

Нужно ли назначать системные кортикостероиды при каждом обострении ХБ?

Нет, обычно они не требуются. При бронхообструктивном синдроме рекомендуется 5-дневный курс преднизолона 30–40 мг/сут внутрь или небулизированного будесонида 4 мг/сут.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/655-hronicheskij-bronhit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/655_2