

Эффективное комплексное ведение пациентов с хроническим бронхитом: консенсус экспертов

Статья представляет консенсус экспертов по современным подходам к ведению пациентов с хроническим бронхитом. В документе акцентируется внимание на междисциплинарной тактике ведения пациентов, включающей модификацию факторов риска, диспансерное наблюдение и профилактику. Эксперты подчеркивают важность прекращения курения, вакцинации и индивидуализированной фармакотерапии, включая муколитики и бронходилататоры. Обсуждается роль антибактериальной терапии во время обострений и необходимость стандартизации подходов к диспансерному наблюдению. Итогом работы стали рекомендации, направленные на улучшение качества жизни пациентов с хроническим бронхитом и предотвращение прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: хронический бронхит, междисциплинарный подход, диспансерное наблюдение, профилактика, муколитики.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Дроздова Л.Ю., Смирнова М.И., Никитина Л.Ю., Шепель Р.Н., Яфарова А.А. Эффективное комплексное ведение пациентов с хроническим бронхитом: консенсус экспертов. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):28-36. doi: 10.15829/3034-4123-2024-28. EDN JAYCDI

Драпкина О. М.¹,
Авдеев С. Н.²,
Дроздова Л. Ю.¹,
Смирнова М. И.^{1*},
Никитина Л. Ю.²,
Шепель Р. Н.¹,
Яфарова А. А.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО "Первый МГМУ им. И. М. Сеченова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
MSmirnova@gnicpm.ru

Поступила: 11.11.2024
Принята: 22.11.2024



Expert council

Editorial

Effective integrated management of patients with chronic bronchitis: expert consensus statement

The article presents an expert consensus statement on modern approaches to the management of patients with chronic bronchitis. The document emphasizes an interdisciplinary strategy for patient management, including risk factor modification, follow-up care, and prevention. Experts highlighted the importance of smoking cessation, vaccination, and individualized pharmacotherapy, including mucolytics and bronchodilators. The role of antibacterial therapy during exacerbations and the need for standardized follow-up approaches are also discussed. The consensus resulted in guidelines aimed at improving the quality of life of patients with chronic bronchitis and preventing disease progression.

Keywords: chronic bronchitis, interdisciplinary approach, follow-up monitoring, prevention, mucolytics.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Avdeev S. N., Drozdova L. Yu., Smirnova M. I., Nikitina L. Yu., Shepel R. N., Yafarova A. A. Effective integrated management of patients with chronic bronchitis: expert consensus statement. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):28-36. doi: 10.15829/3034-4123-2024-28. EDN JAYCDI

Drapkina O. M.¹,
Avdeev S. N.²,
Drozdova L. Yu.¹,
Smirnova M. I.^{1*},
Nikitina L. Yu.²,
Shepel R. N.¹,
Yafarova A. A.¹

¹National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine,
Moscow, Russian Federation

²I. M. Sechenov First Moscow
State Medical University,
Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
MSmirnova@gnicpm.ru

Received: 11.11.2024
Accepted: 22.11.2024

БЭ — бронхоэктазы, ДН — диспансерное наблюдение, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ФВД — функция внешнего дыхания, ФР — фактор(ы) риска, ХБ — хронический бронхит, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, N-АЦ — N-ацетилцистеин.



Введение

Хронический бронхит (ХБ) является самостоятельным заболеванием, которое характеризуется персистирующим воспалением бронхов и хронической бронхиальной гиперсекрецией слизи. Диагноз ХБ устанавливается при наличии продуктивного кашля, продолжающегося не <3-х мес. подряд в течение ≥ 2 лет, если исключены другие заболевания [1]. Важный патофизиологический аспект ХБ — изменение структуры слизистой оболочки бронхов и подслизистого слоя, что приводит к гиперплазии бокаловидных клеток и бронхиальных желез [2]. Такие изменения обуславливают повышенную секрецию слизи, увеличение ее густоты и вязкости, а также потерю защитных свойств, включая нарушение мукоцилиарного транспорта. Это, в свою очередь, способствует застою секрета в дыхательных путях и создает условия для сохранения хронического воспаления, прогрессирующего при отсутствии адекватного лечения [1] и приводящего к трансформации ХБ в хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и/или формированию бронхоэктазов (БЭ).

Пациенты с ХБ чаще всего обращаются за медицинской помощью во время обострений, вызванных различными факторами. Обострение ХБ часто связано с развитием бактериальной суперинфекции на фоне вирусной респираторной инфекции. Среди инфекционных агентов наибольшее значение при обострении ХБ имеют вирусы гриппа, аденовирусы, микоплазмы и бактерии, такие как *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* [2]. В рамках диспансерного наблюдения (ДН) за пациентами с ХБ врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, проводят оценку факторов риска (ФР) обострений и прогрессирования заболевания. Важнейшими среди них являются курение, длительное воздействие профессиональных и экологических факторов (пыль, загазованность, химические вещества), а также респираторные инфекции, патология носоглотки, ожирение и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Для предотвращения обострений пациентам рекомендуются меры профилактики, включая отказ от курения, вакцинацию против респираторных инфекций, использование средств индивидуальной защиты, лечение и профилактику сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ХБ, консультации в кабинетах медицинской профилактики [1]. Особенно важна коррекция модифицируемых ФР: курения и профессиональных вредностей, поскольку их устранение существенно снижает риск прогрессирования ХБ и развития его осложнений, таких как БЭ, пневмония и хроническая сердечная недостаточность. Курение

играет ключевую роль в патогенезе заболевания: отказ от этой вредной привычки сопровождается существенным улучшением состояния пациентов, снижением частоты кашля и нормализацией мукоцилиарного клиренса у большинства больных [1]. Кроме того, прекращение курения снижает риск развития ХОБЛ, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

ХБ требует комплексного и междисциплинарного подхода к его лечению, с акцентом на устранение модифицируемых ФР и своевременную диагностику обострений. Особая роль в этом контексте принадлежит ДН и профилактическим мероприятиям, направленным на предотвращение прогрессирования заболевания, развитие обострений и тяжелых осложнений. Важным элементом в ведении больного является активное взаимодействие специалистов разных профилей — врачей-терапевтов, пульмонологов, врачей общей практики и медицинских профилактических служб — для обеспечения эффективного комплексного ведения пациентов. Это становится возможным только при слаженной работе всех участников системы здравоохранения, а также при активном использовании современных профилактических и терапевтических методов, включая отказ от курения и вакцинацию. В связи с этим Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ) была инициирована разработка новых стратегий ведения пациентов с ХБ на всех уровнях оказания медицинской помощи. Междисциплинарное обсуждение ведущими специалистами в области терапии и общей врачебной практики, пульмонологии и медицинской профилактики в рамках прошедшего в 2024г "Консенсуса экспертов" позволило сформулировать основные направления комплексного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам с ХБ на амбулаторном этапе, представленные далее в статье.

ХБ: современные сведения о распространенности, ФР и критериях диагностики

Эксперты обсудили вопрос вариативности распространенности ХБ, которая зависит от климатических и социально-демографических характеристик региона проживания, распространенности курения и профессиональных ФР ХБ. Были подробно рассмотрены результаты исследований, подтверждающие эти различия. Так, в исследовании Miravittles M, et al. (2006), проведенном в Испании среди лиц >40 лет (n=7 658), показано, что хронический кашель наблюдается у 5% никогда не куривших людей и у 11% курильщиков и бывших курильщиков, экспекторация мо-

кроты встречается у 4 и 11%, соответственно [3]. В исследовании Pelkonen M, et al. (2006), проведенном среди мужчин Финляндии в возрасте 40-59 лет (n=1 711), выявлено, что хронический продуктивный кашель регистрируется у 42% курильщиков, в то время как среди бывших курильщиков этот показатель составляет почти в 2 раза меньше, что свидетельствует о значительном снижении симптомов после отказа от курения [4]. В то же время экспекторация мокроты была у 22% никогда некуривших респондентов, что может быть связано с другими факторами, такими как профессионально-производственные вредности, экологическая обстановка, иммунодефициты и др. [4]. Многонациональное исследование De Marco R, et al. (2007), которое охватило 5 002 человека из 12 стран Европы в возрасте 20-44 лет с нормальной функцией легких, показало, что хронический кашель наблюдается у 3% респондентов, а экспекторация мокроты — у 9% [5]. Этот результат демонстрирует, что ХБ может развиваться даже у людей молодого трудоспособного возраста и присутствовать у пациентов без жалоб на кашель, что подтверждает важность ранней диагностики заболевания. В последующих исследованиях Miravittles M, et al. (2009), проведенных в Испании среди популяции в возрасте 40-80 лет (n=4 274), было установлено, что хронический кашель встречается у 3,4% участников, а экспекторация мокроты — у 11,7%. [6]. В США аналогичные данные были получены в исследовании Martinez C, et al. (2012), где среди взрослого населения (n=5858) без серьезных заболеваний легких хронический кашель был зарегистрирован у 3,6%, а экспекторация мокроты — у 7% [7].

ХБ классифицируется по нескольким важным критериям, что позволяет более точно описать клиническую картину заболевания и выбрать наиболее оптимальную тактику лечения [1, 2]. С точки зрения функциональных характеристик ХБ является необструктивным заболеванием, но может сопровождаться обструктивным синдромом в период обострения, что влияет на прогноз и выбор терапевтических стратегий. Сохранение бронхиальной обструкции вне обострения обычно свидетельствует о трансформации ХБ в ХОБЛ, реже — в другое заболевание. ХБ можно классифицировать по характеру воспаления, степени тяжести и фазам течения заболевания. Такой многоуровневый подход к классификации ХБ обеспечивает более точную постановку диагноза и выбор персонализированных схем ведения и лечения больного, что особенно важно в условиях амбулаторного наблюдения.

Диагностические критерии ХБ основываются на длительности кашля, который должен сохранять-

ся не <3-х мес. в году на протяжении 2-х лет подряд. Для подтверждения диагноза бывает важно учитывать воспалительные изменения в бронхах, выявляемые при анализе мокроты, бронхоскопии с оценкой слизистой оболочки и содержимого бронхов или исследования гистологического материала. Функциональные методы диагностики, такие как спирометрия с бронходилатационным тестом, помогают оценить функцию внешнего дыхания (ФВД) и определить наличие бронхиальной обструкции. Оценка насыщения крови кислородом, общего анализа крови с лейкоцитарной формулой, уровня С-реактивного белка и других маркеров позволяют дополнить дифференциальную диагностику, определить выраженность воспаления. Рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки, электрокардиографию, эхокардиографию используют для исключения очаговых и диффузных поражений легких, бронхоэктазий, сердечной недостаточности и других заболеваний [2].

В рамках дифференциальной диагностики ХБ необходимо исключить другие болезни бронхолегочной системы, такие как ХОБЛ, туберкулез, бронхоэктазии, инфекционные заболевания легких, бронхиальная астма, рак легкого и другие патологии со схожими симптомами [1]. Хроническая сердечная недостаточность обычно проявляется такими симптомами, как одышка, ортопноэ и периферические отеки. Их наличие требует исключения кардиальной патологии. При этом следует учесть, что одышка у больного с ХБ, при отсутствии для нее других причин, обычно характеризует обострение ХБ или трансформацию ХБ в ХОБЛ. Интерстициальные заболевания легких, которые характеризуются нарушением газообмена и наличием инспираторной крепитации при аускультации легких, также должны быть исключены при диагностике ХБ [2].

О лечении ХБ

Эксперты подробно рассмотрели основные стратегии лечения ХБ. Наиболее важным аспектом в лечении ХБ, направленным на достижение контроля над кашлем и продукцией мокроты, является устранение воздействия известных аэроирритантов, к которым относятся табачный дым, промышленные загрязняющие вещества и другие экзогенные факторы, негативно влияющие на дыхательные пути [1]. Курение считается одним из главных ФР развития и прогрессирования ХБ, поэтому отказ от курения становится ключевым элементом терапии, приводящим к уменьшению выраженности кашля и продукции мокроты у большинства пациентов, снижению активности воспаления [1].

В стабильный период ХБ терапевтические мероприятия направлены на контроль симптомов и снижение частоты обострений. Одним из наиболее эффективных подходов к лечению пациентов с продуктивным кашлем является применение муколитических препаратов, которые уменьшают вязкость мокроты и облегчают ее отхождение [1]. Такие препараты назначаются в стандартных дозах и имеют эффективность в улучшении состояния пациентов с ХБ, способствуя снижению выраженности кашля, облегчению отхождения мокроты, уменьшению частоты и длительности обострений [8-11].

Кроме того, пациентам со стабильным течением ХБ могут быть рекомендованы короткодействующие бронходилататоры, такие как β_2 -агонисты (сальбутамол) и антихолинергические препараты (ипратропий), которые способствуют расслаблению гладкой мускулатуры бронхов, улучшению мукоцилиарного транспорта и облегчению дыхания [1]. Рутинное использование системных глюкокортикостероидов у пациентов с ХБ не рекомендуется из-за риска развития побочных эффектов и отсутствия значимого положительного эффекта при их длительном применении [1].

Использование антибактериальных препаратов вне периода обострения у пациентов с ХБ не показано, т.к. это может способствовать развитию резистентности возбудителей к антибиотикам и повышению риска побочных эффектов данных препаратов. Применение антибактериальных препаратов должно быть строго ограничено периодами обострения заболевания, особенно если имеется подозрение на бактериальную инфекцию [1, 2].

Одним из наиболее широко применяемых мукоактивных препаратов при ХБ является N-ацетилцистеин (N-АЦ), который демонстрирует многообразные терапевтические эффекты благодаря своему муколитическому и противовоспалительному действию. Основным механизмом действия N-АЦ заключается в разрыве дисульфидных связей между сульфгидрильными группами, что разрушает полимерные структуры слизи, снижая ее вязкость и улучшая отхождение мокроты. Кроме того, N-АЦ обладает выраженными противовоспалительными свойствами, уменьшая окислительный стресс и воспаление в дыхательных путях. Это приводит к снижению гиперпродукции слизи, улучшению ФВД, уменьшению как выраженности симптомов, так и уменьшению частоты обострений у пациентов с ХБ [12]. В исследованиях показано значительное улучшение клинических симптомов и частоты обострений у пациентов с ХБ и ХОБЛ, получавших N-АЦ [13-18]. Данные метаанализа рандомизированных контролируемых исследований подтверждают эффективность N-АЦ в умень-

шении симптомов и частоты обострений у пациентов с ХБ и ХОБЛ [13].

Обострение ХБ характеризуется усилением симптомов, включая увеличение объема мокроты, усиление ее гнойного характера и появление или нарастание одышки. Эти симптомы являются кардинальными признаками обострения и служат основанием для назначения антибактериальной терапии. Эмпирическая антибактериальная терапия включает применение амоксициллина, цефалоспоринов 2-го или 3-го поколения либо фторхинолонов при осложненных обострениях. В случаях подозрения на инфекцию, вызванную *Pseudomonas aeruginosa*, рекомендуется назначение антисингнойных β -лактамов в сочетании с фторхинолонами [1, 2, 19].

Компонентом терапии обострения является назначение мукоактивного препарата (бромгексин, амброксол, N-АЦ, карбоцистеин или эрдостеин). Исследования эффективности N-АЦ при обострении ХБ демонстрируют его преимущество в уменьшении вязкости мокроты и облегчении ее отхождения по сравнению с другими муколитиками, такими как амброксол. Отдельные муколитики, в частности N-АЦ, улучшают проникновение антимикробных препаратов в легочную ткань, обладают антиоксидантной и противовоспалительной активностью. Таким образом, муколитик является важным компонентом комплексной терапии ХБ, способствующим улучшению клинических исходов и снижению риска повторных обострений [2].

Недостатки нормативной базы и практические трудности в ДН пациентов с ХБ

В центре внимания экспертов были проблемы ДН пациентов с ХБ, с которыми чаще всего сталкиваются врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в амбулаторных условиях. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"¹ содержит краткие и общие сведения о подходах к ДН при различных нозологиях, однако не предоставляет врачам подробных инструкций и алгоритмов действий, необходимых для полноценного сопровождения пациентов с ХБ. В результате возникает множество вопросов, касающихся оптимального содержания и частоты визитов, а также перечня необходимых диагностических, лечебных и профилактических процедур, что создает значительные трудности для специалистов, особенно в условиях амбулаторного ведения больных.

¹ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.04.2022 № 68288) <https://base.garant.ru/404523658/> (22.11.2024).

ХБ нередко становится предвестником развития ХОБЛ, которая существенно ухудшает качество жизни и прогноз пациентов, приводит к тяжелым осложнениям, включая сердечно-легочную недостаточность. Важнейшую роль в борьбе с ХБ играет своевременная профилактика, ранняя диагностика и ДН за пациентами с ФР. Согласно приказам Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях"² и от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"³, медицинская профилактика ХБ осуществляется через регулярные профилактические осмотры и диспансеризацию. Эти мероприятия направлены на выявление ФР и ранних признаков заболевания на основе стандартных методов обследования, включая анкетирование пациентов, оценку индекса массы тела, а также обязательное проведение флюорографии и спирометрии. Спирометрия является основным методом диагностики нарушений ФВД и позволяет дифференцировать ХБ и другие болезни органов дыхания, поскольку для ХБ нарушение ФВД вне обострения нехарактерно. Выявление признаков необратимой бронхиальной обструкции по результатам ФВД позволяет диагностировать ХОБЛ у больного с симптомами ХБ, особенно курящего.

ДН за пациентами с ХБ также играет важную роль в предотвращении обострений и развитии осложнений. Согласно приказу Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"¹, диспансеризация включает в себя регулярное наблюдение за состоянием здоровья пациента, периодическое проведение контрольных исследований и корректировку лечения в зависимости от динамики заболевания. В 2023г охват населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией в Российской Федерации составил 63,7%, что свидетельствует о высокой активности медицинской профилактики и эффективности реализации государственных программ. При этом количество диагностированных случаев хронических болезней органов дыхания составило значитель-

ную долю среди всех выявленных заболеваний, что подчеркивает важность регулярного проведения спирометрии и других методов диагностики у пациентов с ФР. Профилактическая работа включает также индивидуальные консультации пациентов по отказу от курения, снижению воздействия производственных факторов, вредных факторов окружающей среды и повышению физической активности, что является важной составляющей профилактики ХБ. Таким образом, регулярные профилактические осмотры и ДН пациентов с ХБ становятся ключевыми элементами борьбы с этим заболеванием, позволяющими своевременно выявлять ранние стадии патологии и предупреждать ее прогрессирование.

Одной из ключевых проблем, с которой сталкиваются врачи, является определение индивидуальных интервалов между визитами пациента для ДН. При отсутствии четких критериев, таких как степень тяжести заболевания, наличие сопутствующих патологий или риск развития обострений, врачам трудно планировать и оптимизировать частоту наблюдения. Важно учитывать, что пациенты с разной степенью тяжести и контролем над обострениями ХБ нуждаются в индивидуализованном подходе: для кого-то достаточно посещения врача раз в полгода, в то время как другие, особенно те, кто подвержен частым или тяжелым обострениям, требуют более частого наблюдения и корректировки терапии. Однако в настоящее время конкретные рекомендации по индивидуальной частоте визитов отсутствуют.

Кроме этого, у специалистов, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях, возникают вопросы по поводу выбора видов лабораторных и инструментальных исследований, которые необходимо проводить пациентам с ХБ в рамках каждого визита, и частоты этих обследований. В приказах Минздрава и клинических рекомендациях нет четких указаний, какие диагностические процедуры необходимы при каждом визите в зависимости от клинического состояния пациента. Например, остается неясным, как часто проводить тест 6-минутной ходьбы для оценки толерантности к физическим нагрузкам или когда и с какой периодичностью следует проводить спирометрию для мониторинга ФВД. Эти диагностические мероприятия играют важную роль в оценке состояния пациента и динамики заболевания, но для реальной практики четкие алгоритмы их использования отсутствуют.

Помимо этого, при ведении пациентов с ХБ перед врачами ПМСП возникает вопрос о выборе оптимальной фармакотерапии. Однозначных рекомендаций, какие препараты предпочтительнее использовать на том или ином этапе тече-

² Приказ Минздрава России от 29 октября 2020 г. N 1177н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 03.12.2020. № 61245) <https://base.garant.ru/74998637/> (22.11.2024).

³ Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрирован 30.06.2021 № 64042) <https://base.garant.ru/401414440/> (22.11.2024).

ния заболевания, в каких дозировках и на какой срок, в настоящее время нет. Это особенно актуально для пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или заболеваниями желудочно-кишечного тракта, когда стандартные схемы лечения требуют корректировки с учетом нозологии, полипрагмазии и потенциальных лекарственных взаимодействий. Вопросы возникают относительно назначения муколитических препаратов, бронходилататоров и глюкокортикостероидов, особенно у пациентов с нестабильным течением заболевания. Например, рекомендации по предпочтительному выбору препаратов различных групп (β_2 -агонисты, антихолинергические средства, муколитики) или необходимости назначения антибиотиков при обострении часто остаются неоднозначными.

Отдельная проблема связана с профилактикой обострений ХБ. Врачи, оказывающие ПМСП в амбулаторных условиях, часто не имеют четких рекомендаций относительно того, какие профилактические мероприятия и консультации необходимо проводить пациентам с ХБ, чтобы снизить риск повторных обострений и прогрессирования заболевания. В приказах и рекомендациях недостаточно освещены вопросы обеспечения приверженности пациентов к лечению и профилактике, необходимости проведения вакцинации против респираторных инфекций (гриппа, пневмококка), а также консультирования по вопросам отказа от курения и уменьшения воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Это требует от специалистов самостоятельного поиска и внедрения оптимальных методов профилактики, что значительно усложняет работу врача и ведение пациентов.

Таким образом, врачи различных специальностей, оказывающие ПМСП на амбулаторном этапе, сталкиваются с недостатком практических рекомендаций по разработке четкого индивидуального плана ДН пациента с ХБ. Необходимость решения таких вопросов, как определение частоты визитов, выбор диагностических и инструментальных обследований, а также оптимизация фармакотерапии и профилактических мер, требует создания более подробных алгоритмов и регламентов, которые учитывали бы клиническую картину каждого пациента. Это позволит значительно улучшить качество ведения больных ХБ, снизить частоту обострений, повысить приверженность к лечению и в конечном итоге оказать положительное влияние на дальнейший прогноз заболевания.

Заключение

Для эффективного решения выявленных проблем, связанных с ведением пациентов с ХБ, необходимо комплексное улучшение системы оказания

медицинской помощи. Это включает в себя пересмотр существующих нормативно-правовых актов, совершенствование клинической практики и создание эффективных образовательных программ для врачей. Проблемы, с которыми сталкиваются специалисты, в т.ч. недостаток подробных рекомендаций по ДН, выбору терапевтических подходов и диагностических процедур, требуют оперативного решения на всех уровнях медицинской системы.

Первым важным шагом на пути к улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам с ХБ, предложенным Консенсусом экспертов, является разработка и внедрение проекта методических рекомендаций "Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим бронхитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения". Эти рекомендации должны обеспечить комплексный и систематизированный подход к ведению пациентов с ХБ с охватом всех аспектов контроля заболевания.

Важной задачей рекомендаций будет создание четких, структурированных алгоритмов для врачей, осуществляющих ДН. Это позволит снизить вариабельность подходов к ведению пациентов и обеспечить стандартизацию медицинской помощи на всех уровнях. Алгоритмы должны содержать четкие инструкции по проведению диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, таких как регулярные осмотры, применение валидированных опросников и тестов, назначение лабораторных и инструментальных исследований (пульсоксиметрия, спирометрия, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализы крови), а также рекомендации по частоте и интервалам проведения данных мероприятий в зависимости от степени тяжести заболевания и частоты его обострений.

Особое внимание должно быть уделено вопросам фармакотерапии, которые пока недостаточно освещены в существующих нормативных актах. По мнению экспертов, методические рекомендации должны содержать принципы назначения и выбора препаратов в зависимости от течения заболевания, сопутствующих патологий и индивидуальных клинических характеристик пациента. Это касается назначения муколитических препаратов, бронходилататоров, антибиотиков, в частности при обострениях, а также глюкокортикостероидов. Четкое руководство по дозировкам, срокам назначения и условиям отмены лекарственных средств позволит минимизировать риск ошибок в лечении и повысить эффективность терапии.

Важным разделом методических рекомендаций должно быть описание профилактических мероприятий, направленных на снижение рис-

ка обострений и прогрессирования заболевания. Эти мероприятия включают подробное изучение анамнеза пациента в отношении ФР ХБ на каждом диспансерном приеме, консультирование пациентов по вопросам отказа от курения и минимизации воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (загрязнение воздуха, профессиональные вредности). Необходимо учитывать лечение и профилактику сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ХБ, и предоставлять рекомендации по вакцинации в соответствии с национальным календарем прививок, включая вакцинацию против респираторных инфекций, таких как грипп и пневмококковая инфекция. Профилактика должна занимать ключевое место в ДН пациентов с ХБ, т.к. исключение ФР приводит к регрессу симптомов, предотвращению обострений, позволяет значительно улуч-

шить прогноз заболевания и повысить качество жизни пациентов.

Эксперты пришли к мнению, что разработка методических рекомендаций по ХБ будет весьма полезна, поскольку действующие стандарты и клинические рекомендации недостаточно детализированы или сложны для рутинного применения специалистами, оказывающими ПМСП в амбулаторных условиях. Таким образом, с целью повышения качества ДН пациентов с ХБ необходимо разработать детальные и пошаговые инструкции в методических рекомендациях. Эти рекомендации должны стать удобным инструментом для принятия решений врачами ПМСП, способствующим эффективному ведению пациентов с ХБ. Это может снизить заболеваемость, а также улучшить качество и продолжительность жизни населения, включая лиц трудоспособного возраста.

Литература/References

1. Avdeev SN, Demko IV, Zaytsev AA, et al. Federal guidelines on diagnosis and treatment of chronic bronchitis. *Pulmonologiya*. 2022;32(3):448-72. (In Russ.) Авдеев С.Н., Демко И.В., Зайцев А.А. и др. Хронический бронхит: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Пульмонология*. 2022;32(3):448-72. doi:10.18093/0869-0189-2022-32-3-448-472.
2. Demko IV, Zaytsev AA, Ignatova GL, et al. Chronic bronchitis. Moscow: GEOTAR-Media, 2021. p. 80. (In Russ.) Демко И.В., Зайцев А.А., Игнатова Г.Л. и др. Хронический бронхит. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2021. с. 80. doi:10.33029/9704-6503-5-XRB-2021-1-80. ISBN: 978-5-9704-6503-5.
3. Miravittles M, de la Roza C, Morera J, et al. Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge of COPD among general population. *Respir Med*. 2006;100(11):1973-80. doi:10.1016/j.rmed.2006.02.024.
4. Pelkonen M, Notkola IL, Nissinen A, et al. Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COPD in relation to 30-year pulmonary function and 40-year mortality: a follow-up in middle-aged rural men. *Chest*. 2006;130(4):1129-37. doi:10.1378/chest.130.4.1129.
5. de Marco R, Accordini S, Cerveri I, et al. Incidence of chronic obstructive pulmonary disease in a cohort of young adults according to the presence of chronic cough and phlegm. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(1):32-9. doi:10.1164/rccm.200603-381OC.
6. 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.
7. Martinez C, Chen Y, Kazerooni E, et al. Non-obstructive chronic bronchitis in the COPDGene cohort [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:A6622. doi:10.1164/ajrccm-conference.2012.185.1.
8. 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.
9. Rogliani P, Matera MG, Page C, et al. Efficacy and safety profile of mucolytic/antioxidant agents in chronic obstructive pulmonary disease: a comparative analysis across erdosteine, carbocysteine, and N-acetylcysteine. *Respir Res*. 2019;20:104. doi:10.1186/s12931-019-1078-y.
10. Balsamo R, Lanata L, Egan CG. Mucoactive drugs. *Eur Respir Rev*. 2010;19(116):127-33. doi:10.1183/09059180.00003510.
11. Decramer M, Janssens W. Mucoactive therapy in COPD. *Eur Respir Rev*. 2010;19(116):134-40. doi:10.1183/09059180.00003610.
12. Santus P, Santus P, Corsico A, Solidoro P, et al. Oxidative stress and respiratory system: pharmacological and clinical reappraisal of N-acetylcysteine. *COPD*. 2014;11(6):705-17. doi:10.3109/15412555.2014.898040.
13. Papi A, Alfano F, Bigoni T, et al. N-acetylcysteine Treatment in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Chronic Bronchitis/Pre-COPD: Distinct Meta-analyses. *Arch Bronconeumol*. 2024;60(5):269-78. doi:10.1016/j.arbres.2024.03.010.
14. British Thoracic Society Research Committee. Exacerbation rates in patients with chronic bronchitis and severe airway obstruction treated with oral N-acetylcysteine. *Thorax*. 1985;40(11):832-5. doi:10.1136/thx.40.11.832.
15. Pela R, Calcagni AM, Subiaco S, et al. N-acetylcysteine reduces the exacerbation rate in patients with moderate to severe COPD. *Respiration*. 1999;66(6):495-500. doi:10.1159/000029447.
16. Grassi C, Morandini GC. A controlled trial of intermittent oral acetylcysteine in the long-term treatment of chronic bronchitis. *Eur J Clin Pharmacol*. 1976;9:393-6.
17. Borgia M, Sepe N, Ori-Belometti M, et al. Comparison between acetylcysteine and placebo in the long-term treatment of chronic bronchitis [Confronto tra acetilcisteina e placebo nel trattamento a lungo termine della bronchite cronica]. *Gazz Med Ital*. 1981;140:467-72.
18. Tang W, Zhu D, Wu F, et al. Intravenous N-acetylcysteine in respiratory disease with abnormal mucus secretion. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(11):5119-27. doi:10.2635/eurev_202306_32628.
19. 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.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина О. М. — академик РАН, профессор, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Авдеев С. Н. — академик РАН, профессор, зав. кафедрой пульмонологии лечебного факультета, ORCID: 0000-0002-5999-2150;

Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Смирнова М. И. — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания, ORCID: 0000-0002-6208-3038;

Никитина Л. Ю. — д.м.н., врач-методист отдела анализа кадровой политики и мониторинга организации медицинской помощи НМИЦ пульмонологии, ORCID: 0000-0002-7722-5457;

Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Яфарова А. А. — м.н.с. лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0003-3002-1067.