

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
29 мая 2026 г. № 64

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым бронхитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим бронхитом» (прилагается).

2. Признать утратившим силу абзац второй пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2012 г. № 768 «Об утверждении некоторых клинических протоколов и признании утратившим силу отдельного структурного элемента приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 2005 г. № 274».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29.05.2026 № 64

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым бронхитом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с острым бронхитом (далее – ОБ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – J20 Острый бронхит).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

бронходилататоры – лекарственные препараты (далее – ЛП) разных фармакологических классов, объединяемые в одну группу по общей для них способности устранять бронхоспазм, действующие на тонус бронхиальных мышц и различные звенья его регуляции;

кашель – защитная реакция организма, способствующая восстановлению проходимости дыхательных путей и выведению из них чужеродных частиц, микроорганизмов или патологического бронхиального секрета, что обеспечивает очищение бронхов;

ОБ – острое или подострое воспаление бронхиального дерева, преимущественно вирусной этиологии, проявляющееся кашлем (сухим или с выделением мокроты), интоксикационным синдромом, признаками инфекции нижних отделов дыхательных путей (хрипы, дискомфорт в грудной клетке, одышка), продолжающееся не более 4 недель без возможности их альтернативного объяснения.

3. Первичная медицинская помощь пациентам с ОБ оказывается в организациях здравоохранения районного, городского и областного (городского) уровней; специализированная медицинская помощь – в организациях здравоохранения районного, областного (городского), республиканского уровней; высокотехнологичная медицинская помощь – в организациях здравоохранения областного (городского) и республиканского уровней.

4. Первичную диагностику ОБ в амбулаторных условиях у пациентов осуществляют врачи общей практики, врачи-терапевты. При необходимости уточнения диагноза, коррекции лечения врач общей практики (врач-терапевт) направляет пациента на врачебную консультацию к врачу-пульмонологу.

5. Направление пациентов с ОБ для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с Инструкцией о порядке направления пациентов для получения медицинской помощи в организации здравоохранения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 2025 г. № 137.

6. Лечение пациентов с ОБ назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом и включает основные ЛП, которые представлены в соответствии с международными непатентованными наименованиями, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием лекарственной формы и дозировки.

7. В соответствии с настоящим клиническим протоколом по медицинским показаниям возможно применение ЛП «off-label», назначаемых по решению врачебного консилиума.

8. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) по решению врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ОБ

9. Классификация ОБ:

9.1. в зависимости от этиологического фактора:

инфекционной этиологии (вирусной, бактериальной, вирусно-бактериальной);
неинфекционной этиологии (химические и физические вредные факторы, аллергены);

смешанной этиологии (сочетание инфекции и действия физико-химических факторов);

неуточненной этиологии;

9.2. в зависимости от осложнений:

осложненный (бронхообструктивный синдром, интоксикационный синдром, кровохарканье);

неосложненный;

9.3. по характеру воспаления, определяемому при фибробронхоскопии:

катаральный;

слизисто-гнойный;

гнойный.

10. Затяжное течение ОБ определяется в случаях сохраняющихся симптомов более 2 недель.

11. Клинические проявления ОБ характеризуются остро возникшим кашлем, продолжающимся менее 2 недель, в сочетании с одним или несколькими симптомами:

отделение мокроты;

одышка;

свистящие хрипы в легких;

дискомфорт в груди.

Для ОБ не существует патогномичных симптомов, поэтому предварительный диагноз ставится на основании клинической картины и анамнеза заболевания.

12. Обязательные диагностические исследования при ОБ в амбулаторных условиях:

медицинский осмотр пациента;

общий анализ крови однократно при первичном медицинском осмотре, в дальнейшем – при необходимости;

биохимический анализ крови: исследование уровней общего белка, билирубина и его фракций, мочевины, креатинина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, глюкозы, калия, натрия, хлора, С-реактивного белка – при осложненном течении, требующем госпитализации;

пульсоксиметрия – при каждом посещении;

спирометрия с бронходилатационным тестом с сальбутамолом (при наличии клинических признаков бронхообструктивного синдрома более 4 недель).

13. Обязательные диагностические исследования при ОБ в стационарных условиях:

медицинский осмотр пациента;

измерение индекса массы тела – однократно;

пульсоксиметрия – при каждом медицинском осмотре;

общий анализ крови – однократно, повторно при наличии клинически значимых изменений в исходном, далее по медицинским показаниям;

биохимический анализ крови (исследование уровней общего белка, билирубина и его фракций, мочевины, креатинина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, глюкозы, калия, натрия, хлора, С-реактивного белка) – однократно, повторно при наличии клинически значимых изменений в исходном, далее по медицинским показаниям;

общий анализ мочи – однократно, повторно при наличии клинически значимых изменений в исходном, далее по медицинским показаниям;

электрокардиография – однократно, далее по медицинским показаниям.

14. Дополнительные диагностические исследования при ОБ (по медицинским показаниям):

рентгенография органов грудной клетки (далее – ОГК);

этиологическая диагностика инфекции (грипп, SARS-CoV-2, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae) – при наличии эпидемиологических и клинических показаний;

спирометрия с бронходилатационным тестом с сальбутамолом;

фибробронхоскопия с биопсией;

исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости;

анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибактериальным ЛП;

Манту тест и (или) диаскин-тест;

врачебные консультации: врача-профпатолога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-аллерголога-иммунолога, врача-оториноларинголога, врача-психотерапевта, врача-торакального хирурга, иных врачей-специалистов.

15. Дифференциальная диагностика ОБ проводится с пневмонией, коклюшем, синуситами, бронхиальной астмой, гастроэзофагеальным рефлюксом согласно приложению 1.

16. Диагноз ОБ устанавливается на основании жалоб и анамнеза пациента, медицинского осмотра, результатов диагностических исследований и исключения других заболеваний.

17. В формулировке диагноза ОБ указываются этиологическая причина (если установлена), наличие осложнений, в том числе дыхательной недостаточности (далее – ДН) согласно приложению 2.

Примеры формулировок диагноза:

«Острый бронхит, неосложненный, ДН 0 степени»;

«Острый вирусный бронхит с бронхообструктивным синдромом. ДН I степени»;

«Острый бронхит, смешанной этиологии, затяжное течение, ДН 0 степени».

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОБ

18. Лечение ОБ включает немедикаментозные методы лечения и фармакотерапию.

Объем лечения корректируется в зависимости от тяжести течения, наличия признаков инфекционного процесса, наличия осложнений.

19. Немедикаментозные методы лечения:

временное ограничение чрезмерной физической нагрузки;

потребление жидкости в достаточном объеме;

курающим пациентам – прекращение курения;

постуральный массаж, виброакустическая терапия – (пациентам с ОБ с нарушениями кашлевого рефлекса).

20. При неосложненном ОБ применение антибактериальных ЛП системного действия не показано.

21. Стартовое назначение антибиотиков пациенту с ОБ осуществляется при подозрении на инфекцию, вызванной бактериями рода Bordetella. В таком случае назначаются ЛП из группы макролидов.

22. Медицинскими показаниями к антибактериальной терапии при установленном диагнозе ОБ являются:

кашель с гнойной мокротой в сочетании с интоксикацией (снижение аппетита, недомогание, слабость при отсутствии другой диагностической альтернативы);

количество лейкоцитов в крови >9500 кл/мкл, наличии палочкоядерного сдвига в общем анализе крови и/или СРБ >40 мг/л.

23. В амбулаторных условиях антибактериальные ЛП назначаются в лекарственных формах для энтерального применения.

24. Противовирусные ЛП при ОБ назначаются пациентам с симптомами гриппа в период сезонного подъема заболеваемости или подтвержденной инфекцией, вызванной вирусами гриппа.

25. Муколитическая терапия показана пациентам с ОБ при признаках затруднения выделения мокроты.

26. Бронхолитическая терапия назначается пациентам с ОБ, осложненном бронхообструктивным синдромом (дыхательный дискомфорт и (или) затрудненный выдох, приступообразный кашель, наличие сухих хрипов при аускультации).

27. При наличии интенсивного сухого приступообразного кашля, ухудшающего состояние пациента, назначается противокашлевая терапия.

28. При затяжном течении ОБ, осложненном бронхообструктивным синдромом, без признаков бактериальной инфекции, дополнительно могут назначаться ингаляционные глюкокортикоиды коротким курсом через небулайзер.

29. Пациентам с гипертермией выше 38°C , интоксикационным синдромом, сопровождающимся мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью назначаются нестероидные противовоспалительные ЛП – парацетамол или ибупрофен.

30. Фармакотерапия при лечении ОБ:

30.1. в качестве муколитической терапии назначается один из следующих ЛП:

ацетилцистеин, растворимый порошок 100 мг, 200 мг – внутрь по 200 мг 3 раза в сутки; растворимый порошок 600 мг, таблетки в растворимой пролонгированной форме 600 мг – внутрь по 600 мг 1 раз в сутки;

амброксол, таблетки 30 мг – внутрь по 30 мг 3 раза в сутки;

карбоцистеин, капсулы 375 мг – внутрь по 2 капсулы 3 раза в сутки или сироп 250 мг/5 мл – внутрь по 3 чайные ложки 3 раза в сутки;

эрдостеин, капсулы 300 мг – внутрь по 1 капсуле 2–3 раза в сутки;

растительные ЛП, в том числе комбинированные, содержащие плющ, тимьян, первоцвет;

30.2. в качестве противокашлевой терапии назначается один из следующих ЛП:

бутамира́та цитрат, сироп 1,5 мг/1 мл – внутрь по 15 мл 3 раза в сутки длительностью до 7 суток;

глауцин, таблетки 40 мг – внутрь по 40 мг 2–3 раза в сутки, при тяжелом приступообразном кашле однократный прием может составлять 80 мг, максимальная суточная доза 200 мг, длительностью до 7 суток;

преноксидиазин, таблетки по 100 – внутрь по 100 мг 3–4 раза в сутки, максимальная суточная доза 300 мг 3 раза в сутки, длительностью до 7 суток;

30.3. в качестве антибактериальной терапии назначается один из антибактериальных ЛП:

пенициллины (энтерально):

амоксциллин, таблетки 500 мг – 3 раза в сутки, длительностью 7–10 суток;

амоксциллин, таблетки 1000 мг – 2 раза в сутки, длительностью 7–10 суток;

амоксциллин, диспергируемые таблетки 1000 мг – 2 раза в сутки, длительностью 7–10 суток;

амоксциллин/клавулановая кислота таблетки 875/125 мг – 2 раза в сутки, длительностью 7–10 суток;

амоксциллин/клавулановая кислота, диспергируемые таблетки 875/125 мг – 2 раза в сутки, длительностью 7–10 суток;

пенициллины (парентерально):

амоксциллин/клавулановая кислота, порошок для приготовления раствора 1000/200 мг – внутривенно (далее – в/в) 3 раза в сутки, длительностью 7–10 суток;

макролиды (энтерально):

азитромицин, таблетки 500 мг – 1 раз в сутки, длительностью 6 суток;

klarитромицин, таблетки 500 мг – 2 раза в сутки, длительностью 7–14 суток;

макролиды (парентерально):

азитромицин, лиофилизат для приготовления раствора 500 мг – в/в 1 раз в сутки, длительностью 6 суток;

klarитромицин, лиофилизат для приготовления раствора – 500 мг в/в 2 раза в сутки, длительностью 7–14 суток;

комбинированные ЛП, содержащие в составе антибиотик и муколитик для местного применения:

тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат, лиофилизат для приготовления раствора во флаконах в пересчете на тиамфеникол 500 мг – для ингаляций, по 250 мг 1–2 раза в сутки, длительностью 5–10 суток;

30.4. противовирусные ЛП:

пациентам с ОБ при подтвержденном гриппе или наличии клинических (эпидемиологических) данных, предполагающих инфицирование вирусами гриппа, показано назначение ингибиторов нейраминидазы – осельтамивир, капсулы 75 мг внутрь 2 раза в сутки, длительностью 5–10 суток;

30.5. с бронхолитической целью назначаются короткодействующие бронходилататоры – β_2 -агонисты короткодействующие мускариновые антагонисты ли их комбинация:

сальбутамол, дозированный аэрозоль для ингаляций (далее – ДАИ) – 100 мкг/доза;

фенотерол, ДАИ – 100 мкг/доза;

фенотерол, раствор для ингаляций – 1 мг/1 мл (для небулайзерной терапии);

ипратропия бромид, ДАИ – 20 мкг/доза, 40 мкг/доза;

ипратропия бромид, раствор для ингаляций – 0,25 мг/1 мл (для небулайзерной терапии);

фенотерол/ипратропия бромид, ДАИ – 50 мкг + 20 мкг/доза;

фенотерол/ипратропия бромид раствор для ингаляций – 0,5 мг + 0,25 мг/1 мл (для небулайзерной терапии);

30.6. ингаляционные глюкокортикоиды¹:

будесонид, суспензия для ингаляций – 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл в небулах по 2 мл в суточной дозе 2–4 мг;

флутиказон, суспензия для ингаляций – 0,25 мг/мл, 1 мг/мл в небулах по 2 мл в суточной дозе 2–4 мг, назначаемые через небулайзер, длительностью 5–10 дней;

30.7. нестероидные противовоспалительные ЛП, один из них:

парацетамол, таблетки 200 мг – внутрь по 2 таблетки каждые 4–6 часов по необходимости или таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке каждые 4–6 часов по необходимости, или порошок для приготовления раствора для приема внутрь 500 мг каждые 4–6 часов по необходимости (максимальная суточная доза 4 г), или раствор для инфузий 10 мг/мл 100 мл в/в (не более 4 доз в течение 24 часов);

ибупрофен, таблетки 400 мг – внутрь по 1 таблетке до 3 раз в сутки или таблетки 200 мг – внутрь по 1–2 таблетке до 3 раз в сутки, или суспензия для приема внутрь 100 мг/5 мл по 15–20 мл или 200 мг/5 мл по 7,5–10 мл до 3 раз в сутки (максимальная суточная доза 2,4 г).

¹ off-label.

31. Медицинские показания для госпитализации пациентов с ОБ:
 значительное увеличение интенсивности симптомов и (или) появление новых симптомов (например, тяжелая одышка);
 частота дыхания (далее – ЧД) ≥ 24 в минуту;
 $SpO_2 < 92\%$ и (или) снижение $SpO_2 > 3\%$ от исходного уровня (если известно);
 невозможность купировать бронхообструктивный синдром в амбулаторных условиях;
 сохраняющийся интоксикационный синдром (резистентная гипертермия, ЧСС > 100 ударов в минуту);
 декомпенсация сопутствующих заболеваний.

ГЛАВА 4 МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОБ

32. Медицинская профилактика направлена на предупреждение осложнений и рецидивов ОБ.

33. К профилактическим мероприятиям при ОБ относятся:
 отказ от курения (как активного, так и пассивного);
 регулярная физическая активность;
 сезонная вакцинация от гриппа;
 вакцинопрофилактика респираторной синтициальной вирусной инфекции – по медицинским показаниям;
 вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции – по медицинским показаниям.

34. При наличии вредных и(или) опасных производственных факторов – консультация врача-профпатолога.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым бронхитом»

Дифференциальная диагностика ОБ

Заболевание	Основные признаки	Диагностические исследования
Пневмонии	Обнаружение локальных признаков поражения легких: влажные хрипы, крепитация. Усиление голосового дрожания	Рентгенография грудной клетки (поскольку нет 100 % чувствительности, приоритет отдают клинической картине)
Коклюш	Постоянный кашель у ранее иммунизированных взрослых. Клиническая картина может быть неспецифичной	Получение бактерий в культуре или положительная полимеразная цепная реакция
Хронические синуситы	Затекание слизи в дыхательные пути. Дискомфорт в области придаточных пазух	КТ придаточных пазух носа
Бронхиальная астма	Приступообразность и волнообразность симптоматики. Улучшение от β_2 -агонистов	Обратимость бронхиальной обструкции. Явления бронхиальной гиперреактивности могут сохраняться в течение 8 недель после перенесенного ОБ у курящих пациентов, у пациентов с сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам в период поллинииции
Гастроэзофагеальный рефлюкс	Кашель после обильной еды, в положении лежа, уменьшающийся при изменении положения тела	Эзофагогастроскопия, суточное мониторирование pH пищевода

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым бронхитом»

Этиологические причины ОБ

Вирусы	Вирусы гриппа, аденовирус, коронавирусы, коксакивирус, энтеровирус, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус
Бактерии	Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Moraxella catarrhalis, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Moraxella catarrhalis
Неинфекционные причины	Аэрополлютанты, аммиак, табак, металлические микроэлементы и другие