

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 хроническим 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 хроническим бронхитом (далее – ХБ) (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический; J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит; J42 Хронический бронхит неуточненный).

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;

обострение ХБ – ухудшение состояния пациента, сопровождающееся симптомами увеличения объема мокроты, интенсивности кашля, появлением или нарастанием одышки;

ХБ – заболевание, проявляющееся кашлем и бронхиальной гиперсекрецией не менее 3 месяцев подряд в течение 2-х и более лет;

хронический кашель – кашель длительностью более 8 недель.

3. Первичная медицинская помощь пациентам с ХБ оказывается в организациях здравоохранения районного, городского, 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 хронического бронхита 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 ХБ 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 ХБ 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 И ДИАГНОСТИКА ХБ

9. Классификации ХБ:

9.1. по функциональным характеристикам:

необструктивный (не указывается в диагнозе);

с обструктивным синдромом (как характеристика фазы обострения);

9.2. по характеру воспаления, определяемому при фибробронхоскопии:

катаральный,

слизисто-гнойный,

гнойный;

9.3. по фазе заболевания:

обострение;

нестойкая ремиссия (стихающее обострение);

ремиссия.

10. Обязательные диагностические исследования при ХБ в амбулаторных условиях:

медицинский осмотр пациента с оценкой кашля согласно опроснику по кашлю АССР, указанному в приложении 1;

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.

11. Обязательные диагностические исследования при ХБ 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;

спирометрия с бронходилатационным тестом с сальбутамолом – по медицинским показаниям;

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно, далее по медицинским показаниям.

12. Дополнительные диагностические исследования при ХБ (по медицинским показаниям):

рентгенография органов грудной клетки (далее – ОГК);

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

фибробронхоскопия (далее – ФБС);

исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости;

анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибактериальным ЛП;

Манту тест и (или) диаскин-тест;

компьютерная томография (далее – КТ) ОГК;

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

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

14. Дифференциальная диагностика ХБ проводится с пневмонией, синуситами, хронической обструктивной болезнью легких (далее – ХОБЛ), бронхиальной астмой, туберкулезом, гастроэзофагеальным рефлюксом, злокачественными новообразованиями, хронической сердечной недостаточностью, бронхоэктатической болезнью и представлена в приложении 2.

15. В формулировке диагноза ХБ указываются нозологическая форма, характер воспаления (в случае выполнения ФБС), фаза заболевания, наличие осложнений, в том числе дыхательной недостаточности (далее – ДН).

16. Примеры формулировок диагноза:

«Хронический бронхит, фаза ремиссии, ДН 0 степени»;

«Хронический катаральный бронхит, обострение с бронхообструктивным синдромом, ДН I степени»;

«Хронический бронхит, кровохарканье от – указать дату (купировано), фаза нестойкой ремиссии, ДН 0 степени».

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХБ

17. Лечение ХБ включает немедикаментозные методы лечения и фармакотерапию.

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

18. Немедикаментозная терапия (постуральный массаж, виброакустическая терапия) показана пациентам с ХБ с нарушениями кашлевого рефлекса.

19. Медикаментозная терапия:

19.1. симптоматическая муколитическая терапия назначается пациентам с ХБ и продуктивным кашлем при признаках затруднения выделения мокроты;

19.2. при наличии интенсивного сухого приступообразного кашля (кашлевых пароксизмов), ухудшающего состояние пациента, назначается симптоматическая противокашлевая терапия;

19.3. бронхолитическая терапия назначается пациентам с ХБ, осложненном бронхообструктивным синдромом (дыхательный дискомфорт и (или) затрудненный выдох, приступообразный кашель, наличие сухих хрипов при аускультации);

19.4. при длительности бронхообструктивного синдрома более 8 недель, без признаков бактериальной инфекции, с целью дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой могут назначаться ингаляционные глюкокортикоиды;

19.5. антибактериальные ЛП при ХБ назначаются при обострении ХБ при наличии медицинских показаний: кашель с гнойной мокротой в сочетании с интоксикацией (снижение аппетита, недомогание, слабость при отсутствии другой диагностической альтернативы), количестве лейкоцитов в крови >9500 кл/мкл, наличии палочкоядерного сдвига в общем анализе крови и (или) СРБ >40 мг/л;

19.6. противовирусные ЛП при ХБ назначаются пациентам с симптомами гриппа в период сезонного подъема заболеваемости или подтвержденной инфекцией, вызванной вирусами гриппа;

19.7. при обострении ХБ пациентам с гипертермией выше 38°C , интоксикационным синдромом, сопровождающимся мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью назначаются нестероидные ЛП – парацетамол или ибупрофен;

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

20. Фармакотерапия при лечении ХБ:

20.1. 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;

20.2. в качестве противокашлевых назначается один из следующих ЛП:

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

20.3. с бронхолитической целью назначаются короткодействующие бронходилататоры – бета2-агонисты короткодействующие мускариновые антагонисты или 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);

20.4. ингаляционные глюкокортикоиды:

беклометазон, ДАИ – 100 мкг/доза, 250 мкг/доза в суточной дозе 1000–2000 мкг;

будесонид, ДАИ – 100 мкг/доза, 200 мкг/доза в суточной дозе 800–1600 мкг;

флутиказон, ДАИ – 50 мкг/доза, 125 мкг/доза, 250 мкг/доза в суточной дозе 500–1000 мкг;

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

флутиказон, суспензия для ингаляций – 0,25 мг/мл или 1 мг/мл в небулах по 2 мл в суточной дозе 2–4 мг;

20.5. антибактериальные ЛП (выбор антибактериальных ЛП осуществляется согласно приложению 3):

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;

цефалоспорины 3 поколения (энтерально):

цефподоксим, таблетки 200 мг – 2 раза в сутки, длительностью 5 суток;

цефдинир, таблетки 300 мг – 2 раза в сутки или 600 мг 1 раз в сутки, длительностью 5–10 суток;

макролиды (энтерально):

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

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;

респираторные фторхинолоны (энтерально):

левофлоксацин, таблетки 750 мг – 1 раз в сутки, длительностью 7 суток;

моксифлоксацин, таблетки 400 мг – 1 раз в сутки, длительностью 5 суток;

респираторные фторхинолоны (парентерально):

левофлоксацин, раствор для инфузий 5 мг/мл – 500 мг в/в 2 раза в сутки, длительностью 7 суток;

моксифлоксацин, раствор для инфузий 1,6 мг/мл – 400 мг в/в 1 раз в сутки, длительностью 5 суток;

20.6. 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;

20.7. противовирусные ЛП:

пациентам с обострением ХБ при подтвержденном гриппе или наличии клинических (эпидемиологических) данных (сезонный рост заболеваемости гриппом, контакт с инфицированным гриппом, характерная клиническая картина) показано назначение

ингибиторов нейраминидазы – осельтамивир, капсулы 75 мг 2 раза в сутки, длительностью 5–10 суток;

20.8. нестероидные противовоспалительные ЛП:

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; 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 – в/в 100 мл (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).

21. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с обострением ХБ являются:

значительное увеличение интенсивности симптомов и (или) появление новых симптомов (например, тяжелая одышка, кровохарканье);

частота дыхания (далее – ЧД) ≥ 24 в минуту;

SpO₂ <92 % и (или) снижение SpO₂ >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 ХБ

22. Медицинская профилактика направлена на предупреждение обострений и осложнений ХБ.

23. К профилактическим мероприятиям при ХБ 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.

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

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

ОПРОСНИК

по кашлю АССР (American College of Chest Physicians)

Вопросы	Ответы
Вы кашляете, когда у вас нет простуды?	Да
Бывают ли месяцы в течение года, когда вы кашляете большинство дней?	Да
Вы кашляете в течение большинства дней на протяжении 3 месяцев в году?	Да
Сколько лет у вас длится кашель?	≥ 2 года

Интерпретация:

положительные ответы на все вопросы свидетельствует о ХБ.

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

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ХБ**

Заболевание	Основные признаки	Диагностические исследования
Пневмонии	Обнаружение локальных признаков поражения легких: влажные разнокалиберные хрипы, усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука	Рентгенография ОГК (поскольку нет 100 % чувствительности, приоритет отдают клинической картине)
Хронические синуситы	Затекание слизи в дыхательные пути. Дискомфорт в области придаточных пазух.	КТ придаточных пазух носа
ХОБЛ	Хронический кашель, одышка, снижение переносимости физических нагрузок. История табакокурения и (или) вредных и (или) опасных производственных факторов	Стойкое снижение показателей спирометрии до и после пробы с бронхолитиком (ОФВ1/ФЖЕЛ <70 %)
Бронхиальная астма	Приступообразность и волнообразность симптоматики. «Свистящее» дыхание, приступообразная одышка, удушье, вызываемые в т.ч. физической нагрузкой, вдыханием холодного воздуха. Улучшение от β_2 -агонистов	Обратимость бронхиальной обструкции. Явления бронхиальной гиперреактивности могут сохраняться в течение 8 недель после перенесенного обострения ХБ у курящих пациентов, у пациентов с сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам в период поллинозиса
Гастроэзофагеальный рефлюкс	Кашель после обильной еды, в положении лежа, уменьшающийся при изменении положения тела	Эзофагогастроскопия, суточное мониторирование pH пищевода
Туберкулез	Длительно существующие кашель, субфебрилитет, слабость, при прогрессировании могут появиться, лихорадка, потеря веса, ночная потливость, кровохарканье	Иммунологическая, микробиологическая и рентгенологическая диагностика
Рак легкого	История табакокурения, потеря веса, кровохарканье	Рентгенологическая диагностика, морфологическая верификация
Хроническая сердечная недостаточность	Одышка, ортопноэ, периферические отеки, снижение переносимости физических нагрузок	История сердечно-сосудистого заболевания, результаты ЭКГ, ЭХО КГ, лабораторные данные
Интерстициальное заболевание легких	Одышка, возможная экспозиция факторов внешней среды, звучная инспираторная крепитация	Рентгенологическая диагностика, морфологическая верификация
Бронхоэктатическая болезнь	Частые инфекционные эпизоды, кашель с большим количеством гнойной мокроты	КТ ОГК
Ятрогенный кашель	Преимущественно сухой хронический кашель	История применения ЛП, приводящих к возникновению кашля

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население)
с хроническим бронхитом»

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
при обострении ХБ**

Тип обострения ХБ	Вероятные бактериальные возбудители	Эмпирическая антибактериальная терапия	
Простое («неосложненное») обострение ХБ	<i>H. influenzae</i> ; <i>S. pneumoniae</i>	ЛП выбора: амоксициллин или пероральные цефалоспорины III поколения (цефподоксим, цефдиторен цефиксим) при непереносимости β -лактамов – азитромицин или кларитромицин	ЛП альтернативы: амоксициллин/клавуланат или «респираторные» фторхинолоны
«Осложненное» обострение ХБ*	<i>H. influenzae</i> ; <i>S. pneumoniae</i> ; <i>Enterobacteriaceae</i> spp.	Амоксициллин/клавуланат или «респираторные» фторхинолоны	

* Наличие ≥ 1 из факторов риска:
возраст >65 лет;
сопутствующие заболевания (сахарный диабет, сердечная недостаточность, хронические заболевания печени и почек, злокачественные новообразования);
госпитализация по поводу обострения ХБ за последние 12 месяцев.