



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Карла Маркса, 29, Иркутск, 664003

тел./факс (3952) 24-05-86.

e-mail: guzio@guzio.ru

06.02.2020 № 02-91-2314/20
на № _____ от _____

О направлении методического
письма

Руководителям медицинских
организаций, подведомственных
министерству здравоохранения
Иркутской области

Уважаемые руководители!

В целях снижения смертности населения от тяжелых внебольничных пневмоний, направляем для использования в работе методическое письмо, подготовленное главным внештатным специалистом пульмонологом министерства здравоохранения Иркутской области Трофименко И.Н.

Приложение: на 5 л. в 1 экз.

Заместитель министра

Е.С. Голенецкая

Методическое письмо для врачей-пульмонологов, врачей-терапевтов

1. В целях снижения смертности от тяжелых внебольничных пневмоний (далее - ВП) необходимо руководствоваться проектом федеральных клинических рекомендаций по лечению внебольничной пневмонии (2018г.), клиническими рекомендациями по тяжелой внебольничной пневмонии (2014г.), федеральными клиническими рекомендациями по вакцинопрофилактике пневмококковых инфекций (2019 г.), Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 марта 2019 года № 604-Р «Об утверждении плана мероприятий на 2019-2024 годы по реализации Стратегии предупреждения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25.09.2017 № 2045-Р», статьями 35, 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», статьей 10 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

2. Увеличить охват вакцинацией от пневмококка до 95% всех лиц старше 65 лет страдающих хроническими заболеваниями легких, а также реконвалесцентов ВП среди детского и взрослого населения.

К группам высокого риска развития инвазивных пневмококковых инфекций относятся:

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
- лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной (ХОБЛ, бронхиальная астма в сочетании с хроническим бронхитом и эмфиземой, принимающих длительно системные ГКС), сердечно-сосудистой систем (ИБС, ХСН, кардиомиопатии и др.), СД, хроническими заболеваниями печени (включая цирроз), ХБП, нефротическим синдромом, алкоголизмом, кохлеарными имплантами, ликвореей, функциональной или органической асплинией (серповидно-клеточная анемия, спленэктомия);
- пациенты с иммунодефицитом (ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, иммуносупрессивная терапия и др.);
- лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа;
- курильщики.

Пациенты > 65 лет и иммунокомпрометированные пациенты старше 50 лет должны быть первоначально вакцинированы однократно конъюгированной, а затем (не ранее чем через 8 недель) полисахаридной пневмококковой вакциной.

3. При выборе схемы иммунизации руководствоваться федеральными клиническими рекомендациями по вакцинопрофилактике от пневмококковой инфекции 2018 года, учитывать длительность сохранения иммунного ответа и кратность иммунизации.

4. В целях своевременного назначения антибактериальной терапии (далее - АМП) пациентам с ВП в эмпирическом режиме на госпитальном этапе, согласно вышеизложенным документам, АМП которые необходимо иметь в наличие в стационарах для терапии ВП:

Группы	МНН
Цефалоспорины, защищенные пенициллины, (несколько из перечисленных)	Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефтаролин фосамил, Амоксициллин/Клавуланат, мпициллин/Сульбактам
Карабапенемы (один или несколько из перечисленных)	Меропенем, Имипенем/Целастин, Эртапенем
Макролиды (один или несколько из перечисленных)	Азитромицин или Кларитромицин в/в
Респираторные фторхинолоны (один или несколько из перечисленных)	Левифлоксацин, Моксифлоксацин

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с ВП при выборе АМП необходимо:

- 1) следовать клиническим рекомендациям 2018 года по эмпирической антимикробной терапии тяжелой ВП (Таблица 1);
- 2) использовать рекомендуемые дозы АМП у больных ВП без нарушения функцией печени и почек (Таблица 2);
- 3) проводить эмпирический выбор антимикробной терапии у пациентов с пневмонией с учетом стратификации риска полирезистентных возбудителей и инвазивного кандидоза (Таблица 3).

Таблица 1. Рекомендации по эмпирической антимикробной терапии тяжелой ВП

1. Пациенты без факторов риска инфицирования <i>P. aeruginosa</i> и аспирации: цефтриаксон, цефотаксим, цефтаролин фосамил, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, эртапенем в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или моксифлоксацин, левофлоксацин в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в
2. Пациенты с факторами риска инфицирования <i>P. Aeruginosa</i>: пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем в/в + ципрофлоксацин или левофлоксацин в/в или пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в азитромицин или кларитромицин в/в или моксифлоксацин или левофлоксацин в/в +/- аминогликозид II–III поколения в/в
3. Пациенты с подтвержденной/предполагаемой аспирацией: амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, иперациллин/тазобактам,

эртапенем, меропенем, имипенем/циластатин в/в или цефтриаксон, цефотаксим в/в + клиндамицин или метронидазол в/в

При наличии показаний всем пациентам дополнительно к антибактериальной терапии могут назначаться осельтамивир внутрь или занамивир ингаляционно.

Таблица 2. Рекомендуемые дозы АМП у больных ВП без нарушения функцией печени и почек

АМП	Режим дозирования
Азитромицин	0,5 г внутрь каждые 24 ч (3-дневный курс) 0,5 г в 1-й день, затем по 0,25 г каждые 24 ч (5-дневный курс) 0,5 г в/в каждые 24 ч
Амоксициллин/клавуланат	0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч или 2 г внутрь каждые 12 ч (таблетки с модифицированным высвобождением), расчет по амоксициллину 1,2 г в/в каждые 6-8 ч
Амоксициллин/сульбактам	0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч, расчет по амоксициллину 1,5-3 г в/в, в/м каждые 8-12 ч
Имипенем	1 г в/в каждые 6-8 ч
Кларитромицин	0,5 г внутрь каждые 12 ч 0,5 г внутрь каждые 24 ч (ЛФ с замедленным высвобождением) 0,5 г в/в каждые 12 ч
Клиндамицин	0,6-0,9 г в/в каждые 8 ч 0,3-0,45 г внутрь каждые 6 ч
Левифлоксацин	0,5 г внутрь или в/в каждые 12-24 ч
Меропенем	1-2 г в/в каждые 8 ч (возможна 3-х часовая инфузия)
Метронидазол	0,5 г внутрь каждые 8 ч 0,5-1,0 г в/в каждые 8-12 ч
Моксифлоксацин	0,4 г внутрь или в/в каждые 24 ч
Цефотаксим	1,0-2,0 г в/в, в/м каждые 6-8 ч
Цефтаролин фосамил	0,6 г в/в каждые 12 ч
Цефтриаксон	1,0-2,0 г в/в, в/м каждые 12-24 ч
Эртапенем	1 г в/в или в/м каждые 24 ч

Таблица 3. Эмпирический выбор антимикробной терапии у пациентов с пневмонией с учетом стратификации риска полирезистентных возбудителей и инвазивного кандидоза

I тип пациента: Внебольничная инфекция, вызванная *S.pneumoniae* (реже – *H.influenzae*, *S.aureus*, *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae*), без риска устойчивости к пенициллинам и макролидам – эскалационная терапия

Нетяжелая (CURB-65) 0-2 балла	Амоксициллин вн. 1,5-2 г/с Ампициллин в/в 4 г/с Амоксициллин/клавуланат Антистрептококковый ЦС III (цефотаксим, цефтриаксон)
Тяжелая (CURB-65) ≥ 3 баллов	Антистрептококковый ЦС III или Амоксициллин / клавулановая кислота + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин
Осложненное течение	Амоксициллин / клавуланат или Антистрептококковый ЦС III + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин Эртапенем + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин Цефтаролин фосамил + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин
II тип пациента: Внебольничная инфекция, вызванная <i>S.pneumonia</i> (реже – <i>H.influenzae</i> , <i>S.aureus</i> , , <i>M.pneumoniae</i> , <i>C.pneumoniae</i>), с риском устойчивости к пенициллинам и макролидам и без риска наличия других полирезистентных возбудителей:	
Нетяжелая (CURB-65) 0-2 балла	Амоксициллин/клавуланат в/в 1,2 г 3-4 р/с или вн. 1 г 2-3 р/с Ампициллин в/в 8-12 г/с Цефтаролин фосамил
Тяжелая (CURB-65) ≥ 3 баллов	Моксифлоксацин, левофлоксацин в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в Цефтаролин фосамил + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин Эртапенем + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин
Осложненное течение	Цефтаролин фосамил + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин Эртапенем + макролид или Левофлоксацин, Моксифлоксацин

У всех пациентов через 48-72 ч после начала лечения необходимо оценить эффективность и безопасность стартового режима АБТ.

Длительность АБТ нетяжелой ВП определяется индивидуально, при тяжелой ВП неуточненной этиологии должна составлять не менее 10 дней; при решении вопроса об отмене АБП рекомендуется руководствоваться критериями достаточности АБТ.

При развитии ВП у пациентов с гриппом предпочтительны ингибиторозащищенные аминопенициллины, цефтаролин, цефепим в силу их более высокой активности. При наличии индивидуальных факторов риска инфицирования полирезистентными пневмококками (предшествующая антибиотикотерапия, повторная пневмония, развитие пневмонии на фоне вирусной инфекции) предпочтение следует отдавать цефтаролину.

Главный внештатный специалист
пульмонолог министерства здравоохранения
Иркутской области, д.м.н.



И.Н. Трофименко