



ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Հավելված 2
Առողջապահության նախարարի
2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի

Սույն հրապարակումը պատրաստվել է Եվրոպական միության ֆինանսական աջակցությամբ և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի օժանդակությամբ: Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում Առողջապահության նախարարությունը, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տեսակետները



ԵՐԵՎԱՆ 2021

ԻՆՉ Է ԱՐՏԱՆԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԸ

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբը (ԱՀԹ) ստորին շնչառական ուղիների հիվանդանոցից դուրս ձեռք բերված սուր վարակ է:

ՈՐՆ Է ԱՆԹ-Ի ՊԱՏՃԱՌԸ

Մեծահասակների մոտ ԱՀԹ-ը հիմնականում հարուցվում է մանրէներով, առավել հաճախ՝ *Streptococcus pneumoniae*-ով և *Mycoplasma pneumoniae*-ով:

ՈՎՔԵՐ ԵՆ ՆԻՎԱՆԴԱՆՈՒՄ ԱՆԹ-ՈՎ

Ըստ հետապոստությունների տվյալների, ամբողջ աշխարհում տարեկան 1000 մարդուց 5-10-ի մոտ կարող է վարճանալ ԱՀԹ: Ռիսկի գործոնները, ինչպիսիք են թոքերի քրոնիկական հիվանդությունները, ընկճված իմունային համակարգը և տարիքը (մեծահասակներ), մարդկանց ավելի ընկալունակ են դարձնում ԱՀԹ-ի նկատմամբ: Հիվանդացության դեպքերի մեծ մասը տեղի է ունենում աշնանը կամ ձմռանը:

ՈՐՈՆՔ ԵՆ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ

Պացիենտի մոտ կարող է լինել հազ, դող, հևոց, կրծքավանդակի ցավ, թարախային խորխարտադրություն, ակտրժակի վատացում:

ՈՐՈՆՔ ԵՆ ՆԱՎԱՆԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Տեղային. պացիենտի մոտ կարող է վարճանալ թոքամկային արտաքիրտ, էմպիեմա կամ թոքի թարախակույտ:

Համակարգային. սեպտիցեմիա կամ տարածուն վարակ, որը վատագույն դեպքում կարող է մահացու լինել:

ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Streptococcus pneumoniae-ն մեծահասակների մոտ ԱՀԹ հարուցող ամենատարածված մանրէն է: Այնուամենայնիվ, սահմանափակ համաձայնություն կա այն հարցի շուրջ, թե արդյոք պացիենտները պետք է էմպիրիկ բուժում ստանան նաև այնպիսի հակաբիոտիկներով, որոնք ապդում են այսպես կոչված «ատիպիկ» հարուցիչների վրա, ինչպիսիք են *Legionella*-ն, *Chlamydophila pneumoniae*-ն և *Mycoplasma pneumoniae*-ն: Դրանք սովորաբար զգայուն են մակրոլիդների կամ ֆտորիսինոլոնների նկատմամբ, սակայն համատարած օգտագործման արդյունքում բարձրանում է *Mycoplasma pneumoniae*-ի հանդեպ մակրոլիդների կայունությունը:

ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՄ

■ Թեթև և միջին ծանրության ԱՀԹ

- 2014 թվականի Cochrane ուսումնասիրությունը (11 ռանդոմիզացված հսկողական հետապոտություններ՝ 3,352 մասնակիցներով) ցույց է տվել, որ ֆտորիսինոլոններն ու մակրոլիդները հավասարապես արդյունավետ են արտահիվանդանոցային պայմաններում ԱՀԹ-ով պացիենտների (12 տարեկանից բարձր) բուժման համար¹: Տարբեր մակրոլիդները համեմատելիս արդյունավետության ոչ մի գերազանցություն չի հայտնաբերվել, բայց էրիթրոմիցինի համեմատ, կլարիտրոմիցինի դեպքում զգալիորեն ավելի քիչ կողմնակի ազդեցություններ են եղել:

- Վերջերս կատարված ոչ պակաս արդյունավետ, ռանդոմիզացված հսկողական հետապոտությունը ցույց է տվել, որ 90 օրվա ընթացքում, մահացությունը որպես էլք դիտարկելիս, բետա-լակտամային հակաբիոտիկների միայնակ կիրառումն արդյունավետությամբ չի փոխում ատիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկների հետ դրանց զուգակցված կիրառմանը կամ ֆտորիսինոլոնների միայնակ կիրառմանը²: Այս տվյալները, հատկապես կարևոր են, քանի որ կարծես թե ատիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկների ավելացումը բետա-լակտամային հակաբիոտիկներին՝ ազդեցություն չի թողնում թեթև և միջին ծանրության ԱՀԹ-ի ընթացքի վրա:

Ծանր ԱՀԹ

Հոսպիտալացված մեծահասակների շրջանում ԱՀԹ-ի էմպիրիկ թերապիայի 2012 թվականին կատարված **Cochrane** ուսումնասիրությունը (28 ռանդոմիզացված հսկողական հետապոստություններ՝ 5,939 մասնակիցներով) ցույց է տվել, որ մահվան դեպքերի նվազեցման հարցում ատիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկները որևէ հավելյալ առավելություն չեն ցուցաբերել տիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկների հանդեպ³:

ՎԱՐԱԿԱԲԱՆՆԵՐԻ ԱՄԵՐԻԿԱՆ ՄԻՈՒԹՅՈՒՆ (IDSA)⁴

Նախկինում առողջ մեծահասակներին, ովքեր չունեն ուղեկցող հիվանդություններ կամ ունեն հակաբիոտիկակայունության առաջացման սահմանափակ ռիսկ, ինչպիսիք են նախկինում շնչուղիներից **MRSA**-ի (Մեթիցիլին-կայուն **S. Aureus**) կամ **P. aeruginosa**-ի անջատումը կամ վերջին 90 օրվա ընթացքում հոսպիտալացման առկայությունը՝ պարենտերալ հակաբիոտիկների ընդունումով, ամբուլատոր պայմաններում խորհուրդ էր տրվում^{5,6}.

- 1) Ամոքսիցիլին** 1 գ, օրական 3 անգամ
- 2) Դոքսիցիկլին** 100 մգ, օրական 2 անգամ
- 3) Մակրոլիդ պիթրոմիցին** 500 մգ՝ առաջին օրը, ապա 250 մգ օրական
կամ **կլարիթրոմիցին** 500 մգ, օրական երկու անգամ,
կամ **կլարիթրոմիցին ER** 1000 մգ, օրական մեկ անգամ
(միայն 25% -ից ցածր մակրոլիդային կայունություն ունեցող հատվածներում):

Մեծահասակներին, ովքեր ունեն ուղեկցող հիվանդություններ (քրոնիկական սիրտանոթային հիվանդություններ, վարկերակային գերձնշում, շաքարային դիաբետ, ճարպակալում, քրոնիկական շնչառական հիվանդություններ, իմունանբավարարության վիճակներ, քաղցկեղ և քրոնիկական երիկամային անբավարարություն, ակոհոլիզմ, թմրամոլություն, թերնսուցում, ասպլենիա), ամբուլատոր պայմաններում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման համար խորհուրդ է տրվում համակցված թերապիա կամ մոնոթերապիա:

Համակցված թերապիա

- 1) Ամոքսիցիլին+քլավուլանաթթու** 500 մգ/125 մգ, օրական 3 անգամ, կամ 875 մգ/125 մգ, օրական 2 անգամ, կամ 2000 մգ/125 մգ, օրական 2 անգամ, կամ **ցեֆալոսպորին ցեֆուրոքսիմ** 500մգ, օրական 2 անգամ, կամ **ցեֆտրիաքսոն**, 1 գ օրական:
- 2) Ապիթրոմիցին** 500 մգ, առաջին օրը, ապա 250 մգ օրական կամ **կլարիթրոմիցին** 500 մգ, օրական երկու անգամ, կամ **կլարիթրոմիցին ER** 1000 մգ, օրական մեկ անգամ կամ **դոքսիցիկլին** 100 մգ, օրական 2 անգամ:

Մոնոթերապիա

Շնչառական ֆտորիսինոլոններ. լևոֆլոքսացին օրական 750 մգ, մոքսիֆլոքսացին օրական 400 մգ:

ՄԵԾ ԲՐԻՏԱՆԻԱՅԻ ԹՈՐԱԿԱԼ ԸՆԿԵՐԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ (BTS):

BTS-ի առաջարկությունները ներառում են մեկ հակաբիոտիկ, ամոքսիցիլինի և մակրոլիդների համակցություն, բետա-լակտամային-բետալակտամապի արգելակիչների համակցություններ և մակրոլիդ՝ պայմանավորված հիվանդության ծանրությամբ:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Թեթև և միջին ծանրության թոքաբորբի դեպքում, որպես առաջին ընտրություն, ԱՀԿ-ն առաջարկում է **ամոքսիցիլին** կամ **ֆե-նոքսիմեթիլպենիցիլին** հիմնվելով վերը նշված ապացույցների վրա: Այս հակաբիոտիկները նեղ սպեկտրի դեղամիջոցներ են, որոնք արդյունավետ են, անվտանգ և էժան: Դրանք պետք է նաև մատչելի լինեն շատ երկրներում: Որպես երկրորդ ընտրություն՝ խորհուրդ է տրվում օգտագործել **ամոքսիցիլին/կլավուլանաթթու** կամ **դոքսիցիկլին**:

Ծանր ԱՀԹ-ի դեպքում առաջարկվում են ցեֆալոսպորիններ՝ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ:

ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԸ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ			
Առաջին ընտրություն	Երկրորդ ընտրություն	Առաջին ընտրություն	Երկրորդ ընտրություն
Ուղեկցող հիվանդությունների կամ հակաբիոտիկայաօգտության առաջացման ռիսկի բացակայություն		Թեթև և միջին ծանրության ԱՀԹ	
Ամոքսիցիլին	Դոքսիցիլին	Ամոքսիցիլին	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու
	Ապիթրոմիցին կամ կլարիթրոմիցին	Ֆենոքսիմետիլ պենիցիլին (առկայության դեպքում)	Դոքսիցիլին
Ուղեկցող հիվանդությունների առկայություն		Ծանր ԱՀԹ	
Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու կամ ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ ապիթրոմիցինի կամ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու կամ ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ դոքսիցիլինի համակցությամբ	Ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու՝ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ
լնֆլոքսացին կամ մոքսիֆլոքսացին			

ԱՀԹ-ով մեծահասակ պացիենտների բուժման առաջարկվող տևողությունը նվազագույնը 5 օր է՝ հակաբիոտիկաթերապիայի շարունակությամբ մինչև կլինիկական վիճակի կայունություն՝ սրտի վարկի, շնչառության հաճախության, վարկերակային ճնշման, թթվածնի հագեցվածության և մարմնի ջերմաստիճանի կարգավորում, դեղերի բերանային ընդունման կարողության վերականգնում և բնականոն հոգեվիճակ: Պացիենտների մեծամասնությունը 48-ից 72 ժամվա ընթացքում հասնում է կլինիկական կայունության, ուստի 5-օրյա կուրսը սովորաբար բավական է: Ապիթրոմիցինի դեպքում, պայմանավորված թոքերում նրա մեծ կուտակումով և երկար կիսատրոհման ժամանակով, շատ կլինիցիստներ բավարարվում են 3 օրով այն պացիենտների մոտ, որոնց թոքաբորբի հարուցիչը *Legionella*-ն է: Իսկ կասկածելի կամ հաստատված MRSA կամ *Paeruginosa* հարուցիչի դեպքում պացիենտները պետք է բուժվեն համապատասխան հակաբիոտիկով 7 օր:

Այն պացիենտները, ում մոտ ախտանշաններն անհետանում են 7 օրվա ընթացքում, կրծքավանդակի ռուտին ռենտգեն հետապոտության կամ ՀՇ-ի անհրաժեշտություն չունեն⁸:

Ամբուլատոր պայմաններում ԱՀԹ-ով պացիենտներին խորհուրդ չի տրվում ռուտին մանրէաբանական հետապոտություն, իսկ հոսպիտալացված պացիենտներին՝ ծանր վարակների կամ հակաբիոտիկակայունության ռիսկի գործոնների առկայության (նախկինում շնչուղիներից MRSA-ի՝ Մեթիցիլին-կայուն *S. Aureus*, կամ *P. aeruginosa*-ի անջատում կամ վերջին 90 օրվա ընթացքում հոսպիտալացման առկայություն՝ պարենտերալ հակաբիոտիկների ընդունումով) դեպքերում է խորհուրդ տրվում խորխի կամ արյան մանրէաբանական հետապոտություն:

Հակամանրէային բուժումը դադարեցնելու կամ փոփոխելու անհրաժեշտությունը պետք է վերանայել՝ հիմնվելով մանրէաբանական հետապոտության արդյունքների և կլինիկական վիճակի փոփոխությունների վրա:

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի (ԱՀԹ) վարման ալգորիթմը ներկայացված է 8-րդ էջում:

ՆՂՈՒՄՆԵՐ

1. Pakhale, S., et al., *Antibiotics for community-acquired pneumonia in adult outpatients*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(10): p. CD002109.
2. Postma, D.F., et al., *Antibiotic treatment strategies for community-acquired pneumonia in adults*. *N Engl J Med*, 2015. 372(14): p. 1312-23.
3. Eliakim-Raz, N., et al., *Empiric antibiotic coverage of atypical pathogens for community-acquired pneumonia in hospitalized adults*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(9): p. CD004418.
4. *Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia*. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Volume 200, Issue 7, 1 October 2019, Pages e45-e67, <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201908-1581ST>. Published: 01 October 2019
5. https://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/_jcr_content/main/panel_builder_1454513702/panel_0/download_458694496/file.res/CAP%20FAQ_FINAL.pdf
6. https://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/_jcr_content/main/panel_builder_1454513702/panel_0/download_2110538074/file.res/SHC_2019%20CAP%20Draft%20v7.pdf
7. Lim, W.S., et al., *British Thoracic Society community acquired pneumonia guideline and the NICE pneumonia guideline: how they fit together*. *Thorax*, 2015. 70(7): p. 698-700.
8. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. *Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia*. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45-e67.

ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ԱՐՏԱՆԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ (ԱԼԹ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

ԱԼԹ ԵՆԹԱԴՐՈՂ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ՝
հազ, դող, հևոց, կրծքավանդակի ցավ, թարախային
խորխարտադրություն, ախորժակի վատացում

Գնահատել ԱԼԹ-ի ծանրության աստիճանը՝ օգտագործելով CRB-65 ասնդղակը

- Գիտակցության մթազնում
- Շնչառության հաճախականությունը ≥ 30 /ր
- Ջարկերակային ճնշումը (ՍԶճ ≤ 90 կամ $70 \leq 90$)
- Տարիքը ≥ 65
(Մեկ միավոր՝ յուրաքանչյուր չափանիշի համար)

0

1-2

3-4

Ցածր ռիսկ

Հարմար է տանը բուժում կապմակերպելու համար

Միջին ռիսկ

Դիտարկել հիվանդանոց ուղեգրելու տարբերակը

Բարձր ռիսկ

Անհապաղ հոսպիտալացում

ԱՌԱՋԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ

Բուժել ամոքսիցիլինով կամ
ֆենոքսիմեթիլպենիցիլինով
(առկայության դեպքում)

Բուժել ցեֆտրիաքսոնով
կամ ցեֆոտաքսիմով՝
կլարիթրոմիցինի
համակցությամբ

ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ

Բուժել ամոքսիցիլին+
կլավուլանաթթվով կամ
դոքսիցիլինով

Բուժել ամոքսիցիլին+
կլավուլանաթթվով՝
կլարիթրոմիցինի
համակցությամբ

Սույն հրապարակումը պատրաստվել է Եվրոպական
միության ֆինանսական աջակցությամբ և
Առողջապահության համաշխարհային
կազմակերպության Եվրոպական տարածաշրջանային
գրասենյակի օգնությամբ: Բովանդակության համար
պատասխանատվություն է կրում պատասխանատվություն
է կրում Առողջապահության նախարարությունը, և
պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական
միության և Առողջապահության համաշխարհային
կազմակերպության տեսակետները

Ուղեցույցը նախատեսված է
ԱԱԴ օղակի մասնագետների
համար