

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ
ՀՐԱՄԱՆ

«11» հունիս 2020թ.

No 1856 - Ա

ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 30-րդ կետը և Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի թիվ 728-Լ որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետը,

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել «Արտահիվանդանոցային թոքաբորբերի վարման կլինիկական ուղեցույց»-ը՝ համաձայն հավելվածի:
2. Առողջապահության նախարարության հասարակայնության հետ կապերի բաժնի պետ Լիլիթ Բաբախանյանին՝ ապահովել սույն հրամանի տեղադրումն Առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայքում:
3. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

ԱՐՄԵՆ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբը (ԱՀԹ) զարգանում է արտահիվանդանոցային պայմաններում կամ հիվանդանոց ընդունվելուց 48 ժամվա ընթացքում:

Պատճառագիտությունը՝

1. ԱՀԹ-ի առավել հաճախ հայտնաբերվող հարուցիչները կարելի է դասակարգել երեք խմբի՝ տիպիկ բակտերիաներ, ատիպիկ բակտերիաներ («ատիպիկ»-ը վերաբերում է բետա-լակտամների հանդեպ կայունությամբ մանրէներին, Գրամի եղանակով ներկելուց վիզուալացման կամ ավանդական մանրէաբանական հետազոտությամբ աճի անհնարինությամբ մանրէներին) և շնչառական վիրուսներ:

ԱՀԹ-ի տիպիկ բակտերիալ հարուցիչներ են.

- *Streptococcus pneumoniae* (*pneumococcus*)
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Staphylococcus aureus*
- Group A streptococci
- Աէրոբ Գրամ-բացասական մանրէներ (օր-կ՝ *Klebsiella spp.* or *Escherichia coli*):

Չնայած նրան, որ *S. pneumoniae*-ն ԱՀԹ-ի հայտնաբերվող ամենատարածված բակտերիալ պատճառն է, շատ հետազոտություններում պնևմոկոկային թոքաբորբերի դեպքերը նվազում են, ինչը մասամբ պայմանավորված է պնևմոկոկային պատվաստանյութի համատարած օգտագործման հետ:

ԱՀԹ-ի ատիպիկ բակտերիալ հարուցիչներ են.

- *Legionella spp*

- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydia pneumoniae
- Chlamydia psittaci
- Coxiella burnetii

ԱՀԹ-ի շնչառական վիրուսային հարուցիչներ են.

- Coronaviruses
- Influenza A and B viruses
- Rhinoviruses
- Parainfluenza viruses
- Adenoviruses
- Respiratory syncytial virus
- Human metapneumovirus
- Human bocaviruses

ԱՀԹ-ի պատճառագիտական ախտածինները, չնայած մոլեկուլյար և մանրէաբանական մեթոդների կիրառմանը, հնարավոր է լինում հայտնաբերել դեպքերի միայն կեսում:

Մոլեկուլյար մեթոդներ օգտագործելիս շնչառական վիրուսները հայտնաբերվում են ԱՀԹ-ով մեծահասակների մոտ շուրջ 1/3 դեպքերում:

Դեռևս հայտնի չէ առանձին շնչառական վիրուսների դերակատարությունը. որպես մեկ պաթոգեն կոֆակտոր՝ բակտերիալ ԱՀԹ-ի զարգացման մեջ, թե տրիգեր՝ ի պատասխան տիրոջ օրգանիզմի անկանոն իմունային արձագանքի:

2. Արյան ընդհանուր քննության տվյալները բնորոշ չեն և թույլ չեն տալիս եզրակացություն անել ԱՀԹ-ի հավանական պատճառագիտական գործոնի մասին: Այնուամենայնիվ, լեյկոցիտոզը $> 10-12 \times 10^9/l$, նեյտրոֆիլոզը և/կամ նեյտրոֆիլ-լիմֆոցիտային հարաբերակցությունը > 20 , ցույց են տալիս բակտերիալ վարակի մեծ հավանականությունը:

Կլինիկան՝

3. Շնչառական վիրուսային վարակները (այդ թվում COVID-19) կարող են հանգեցնել առաջնային վիրուսային թոքաբորբերի, ինչպես նաև նպաստել երկրորդային բակտերիալ թոքաբորբի զարգացմանը: Վերջինս առավել բնորոշ է գրիպի վիրուսով հարուցված վարակին:

4. Համաձայն ԱՀԿ-ի 2020թ. մայիսի 27-ի COVID-19-ի վարման ուղեցույցի, երկրորդային կամ ուղեկցող բակտերիալ վարակները հաճախակի չեն COVID-19-ով միջին ծանրության պացիենտների մոտ: Վերջերս կատարված համակարգված

վերլուծության համաձայն՝ COVID-19-ով հոսպիտալիզացման ժամանակ միայն 8% դեպքերում է արձանագրվում երկրորդային բակտերիալ/սնկային վարակ:

5. Ռադիոլոգիական հետազոտությամբ՝ ինֆիլտրացիայի ինտերստիցիալ տիպը (մշուշապատ ապակի) առաջանում է ոչ բակտերիալ թոքաբորբերի ժամանակ, երբ բորբոքային արտազատուկը լցվում է միջավելոյար տարածություններ:

Ախտորոշումը՝

6. COVID-19-ի դեպքում կրծքավանդակի ռենտգենագրաֆիան վաղ փոփոխությունները հայտնաբերելու հարցում հիվանդության առաջին օրերին ունի ցածր զգայունություն:

7. Վիրուսային թոքաբորբերի, այդ թվում COVID-19-ի դեպքում, շնչառական անբավարարությունը և հիպօքսեմիայի ծանրությունը գնահատելու համար խորհուրդ է տրվում կատարել պուլսօքսիմետրիա՝ SpO2 որոշմամբ:

8. COVID-19-ի միջին ծանրության ընթացքի դեպքում (առանց հիպօքսիայի թոքաբորբ) ռենտգենագրաֆիան կամ համակարգչային շերտագրությունը (ՀՇ) կատարվում է հիվանդության սկզբում և ոչ շուտ, քան հակաբակտերիալ բուժումը սկսելուց 14 օր հետո:

Թոքերի ՀՇ ցուցումներ են՝

- ա) թոքաբորբի կլինիկական ախտանիշների ակնհայտ առկայության դեպքում թոքերի ռենտգեն նկարում փոփոխությունների բացակայություն,
- բ) թոքաբորբին ոչ բնորոշ փոփոխություններ թոքերի ռենտգեն նկարում,
- գ) ռեցեդիվող կամ ձգձգվող թոքաբորբի դեպքում, երբ թոքային հյուսվածքում ինֆիլտրատիվ փոփոխությունները շարունակվում են 1 ամսից ավելի:

9. ԱՀԹ դեպքում գերձայնային հետազոտություն (ԳՁՀ) կատարվում է պարապնևմոնիկ էքսուդատիվ պլրիտի զարգացման դեպքում՝ պլևրայի վիճակը գնահատելու համար:

10. ԱՀԹ-ի ռադիոլոգիական փոփոխությունները դանդաղ են հետ զարգանում: Թոքաբորբի դինամիկան գնահատելու համար կրկնակի ռադիոլոգիական հետազոտությունն իրականացվում է ամբուլատոր պայմաններում՝ ախտանիշների հետզարգացումից 1-2 ամիս հետո:

11. ԱՀԹ-ի կլինիկական, լաբորատոր և ռադիոլոգիական նշանների երկարատև պահպանման դեպքում անհրաժեշտ է տարբերակիչ ախտորոշում անցկացնել թոքերի քաղցկեղի, տուբերկուլոզի և այլ հիվանդությունների միջև:

Բուժում՝

12. Կասկածելի կամ հաստատված միջին ծանրության COVID-19-ով պացիենտներին հակաբիոտիկներ չեն նշանակվում, քանի դեռ չկա բակտերիալ վարակի կլինիկական կասկած:

13. COVID-19-ի դեպքում հակաբակտերիալ թերապիան նշանակվում է, եթե առկա են բակտերիալ վարակին բնորոշ նշաններ (թարախային խորխի զարգացում, լեյկոցիտոզ $>10 \times 10^9/\text{L}$, պրոկալցիտոնինի ավելացում $>0,5$ նգ/մլ):

14. Բակտերիալ վարակի կլինիկական կասկածի (առանց հիպօքսիայի արտահիվանդանոցային թոքաբորբեր) դեպքում ԱՀԹ-ի հակաբիոտիկային թերապիան պետք է իրականացվի՝ համաձայն Առողջապահության նախարարի 2019 թվականի հունիսի 10-ի թիվ 1529-Լ հրամանի հակաբիոտիկների ընտրության չափանիշների (հավելված 1):

15. Չհոսպիտալացված պացիենտներին համապատասխանաբար նշանակվում են առաջնային/հիմնական հասանելիության հակաբիոտիկները (օր.՝ ամօքսիցիլին կամ ամօքսիցիլին+քլավուլանաթթու)՝ դիտարկվող և պահուստային հակաբիոտիկների փոխարեն:

16. Այն պացիենտներին, որոնց մոտ կլինիկական և/կամ համաճարակաբանական տվյալներով ենթադրվում է գրիպի վիրուսով վարակվածություն, խորհուրդ է տրվում հակաբակտերիալ դեղերին ավելացնել օսելտամիվիր (տամիֆլու):

17. Հակաբակտերիալ մեկնարկային բուժման արդյունավետությունը գնահատվում է բուժումը սկսելուց 48-72 ժամ անց: Դրական տեղաշարժի բացակայությունը ցուցում է լրացուցիչ հետազոտություններ իրականացնելու համար՝ ԱՀԹ հնարավոր բարդությունները հայտնաբերելու և հակաբակտերիալ բուժման մեջ շտկումներ կատարելու համար, հաշվի առնելով միկրոբիոլոգիական հետազոտության արդյունքները:

18. Էմպիրիկ հակաբիոտիկային թերապիայի տևողությունը անհատական է՝ կախված տարիքից, ուղեկցող հիվանդություններից, իմուն համակարգի վիճակից, բարդությունների առկայությունից, հայտնաբերված հարուցիչի տեսակից:

19. Անհայտ էթիոլոգիայի թեթև դեպքերում հակաբակտերիալ բուժման տևողությունը պետք է լինի որքան հնարավոր է կարճ, սովորաբար՝ 5-7 օր՝ նախապատվությունը տալով բերանային նշանակմանը, ծանր դեպքերում՝ 10 օր, իսկ ավելի երկար կուրս՝ 14-21 օր խորհուրդ է տրվում բարդությունների զարգացման (էմպիեմա, արսցես), արտաթորային ինֆեկցիայի օջախների առկայության, Staphylococcus aureus, Legionella spp. հարուցիչների առկայության դեպքում:

20. ԱՀԹ-ի առանձին կլինիկական, լաբորատոր և ռադիոլոգիական նշանների պահպանվելը չի հանդիսանում բացարձակ ցուցում հակաբակտերիալ բուժման շարունակման և նրա փոփոխման համար:

21. Երկարատև սուբֆերիլ ջերմությունը չի հանդիսանում բակտերիալ վարակի նշան:

22. Հակաբակտերիալ բուժման դադարեցման ցուցանիշ է՝

- մարմնի ջերմաստիճանը $<37.2^{\circ}\text{C}$ ոչ պակաս, քան 48 ժամվա ընթացքում
- ինտոքսիկացիոն համախտանիշի բացակայություն
- թարախային խորխի բացակայություն
- շնչառության հաճախականություն ≤ 20 շնչառական ակտ 1 րոպեում
- սատուրացիա $\geq 90\%$
- լեյկոցիտների քանակ $<10 \times 10^9/\text{л}$

23. ԱՀԹ-ից ամբուլատոր պայմաններում բուժվող պացիենտների մեծամասնության համար մանրէաբանական հետազոտությունը պարտադիր չէ:

24. Էմպիրիկ հակաբիոտիկային թերապիան սովորաբար հաջողված է լինում:

25. Հակաբակտերիալ բուժումը դադարեցնելու կամ փոփոխելու անհրաժեշտությունը պետք է վերանայել՝ հիմնվելով մանրէաբանական հետազոտության արդյունքների վրա, ինչպես նաև 2-3 օրվա ընթացքում դրական տեղաշարժի բացակայության դեպքում:

26. Հակաբակտերիալ դեղերի ընտրությունը և դրանց կիրառման եղանակը որոշվում է՝ հիմնվելով պացիենտի վիճակի ծանրության, կայունության առաջացման բարձր ռիսկի գործոնների վերլուծության (ուղեկցող հիվանդություններ, հակաբիոտիկների նախկին օգտագործումը և այլն), մանրէաբանական ախտորոշման արդյունքների վրա:

27. Հակաբիոտիկների լայնածավալ և անհիմն օգտագործումը չպետք է խրախուսվի, քանի որ դա կարող է հանգեցնել բակտերիալ կայունության ավելի

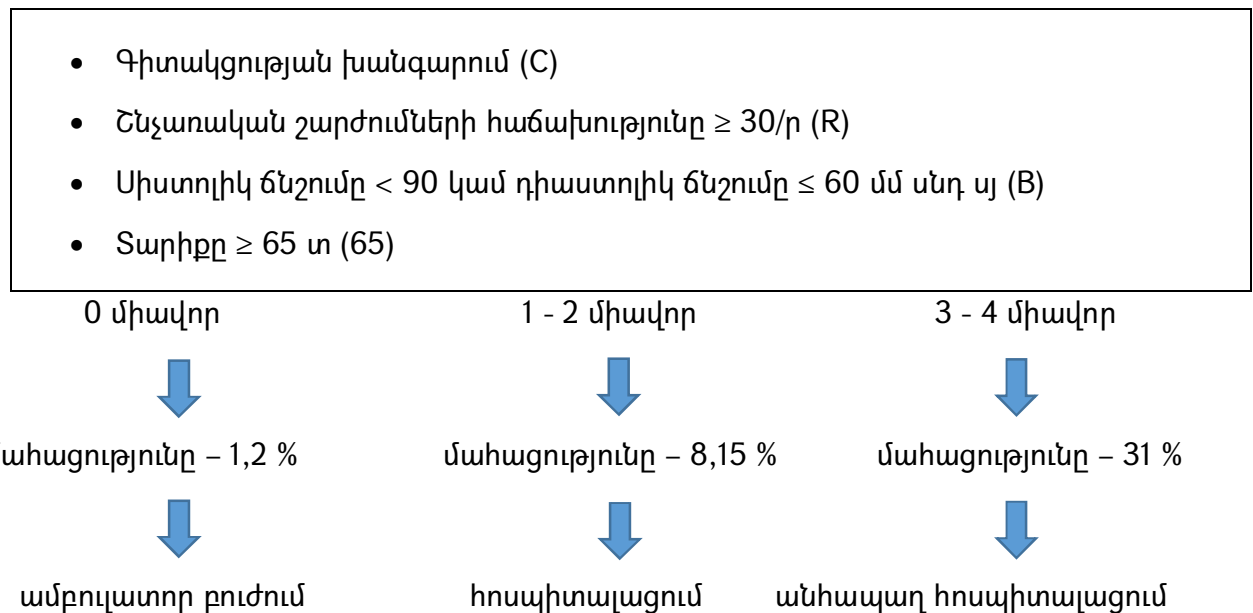
բարձր ցուցանիշների, ինչը կազդի COVID-19 համաճարակի ընթացքում և դրանից հետո բնակչության շրջանում հիվանդությունների և մահերի բեռի վրա:

28. Հակաբիոտիկների գերօգտագործումը COVID-19-ի ժամանակ մեծացնում է բազմակայուն մանրէների առաջացման և փոխանցման ռիսկը, ինչը կապակցված է հիվանդացության և մահացության աճի հետ:

Հիվանդության պրոգնոզը և պացիենտի հոսպիտալացման ցուցումները՝

29. Հիվանդության պրոգնոզը և պացիենտի հոսպիտալացման ցուցումները որոշելու համար օգտագործվում է հետևյալ պարզ ալգորիթմը.

CRB-65 սանդղակ, յուրաքանչյուր տողը 1 միավոր է



Հավելված 1

1. Մեծահասակներին, որոնք չունեն ուղեկցող հիվանդություններ կամ չունեն դիսկ հակաբիոտիկակայունության առաջացման*, ամբուլատոր պայմաններում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման համար խորհուրդ է տրվում՝

- առաջնային հասանելիության հակաբիոտիկ, ԱՌԱՋԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ - **Ամօքսիցիլին** 1 գրամ օրական երեք անգամ

Կամ

- առաջնային հասանելիության հակաբիոտիկ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ - **Դօքսիցիլին** 100 մգ օրական երկու անգամ

Կամ

- մշտադիտարկվող հակաբիոտիկ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ - մակրոլիդ **Ազիթրոմիցին** 500 մգ առաջին օրը, ապա 250 մգ օրական

Կամ

- կլարիթրոմիցին 500 մգ օրական երկու անգամ կամ կլարիթրոմիցին ER 1000 մգ օրական (միայն <25% մակրոլիդային կայունության ունեցող տարածքներում):

*Հակաբիոտիկակայունության դիսկի գործոնները ներառում են՝ նախկինում շնչուղիներից MRSA-ի (Methicillin-resistant S. Aureus) կամ P. aeruginosa-ի անջատում կամ վերջին 90 օրվա ընթացքում հոսպիտալացում և հակաբիոտիկների պարենտերալ ստացում:

2. Մեծահասակներին, որոնք ունեն ուղեկցող հիվանդություններ (քրոնիկ սրտանոթային հիվանդություն, զարկերակային գերճնշում, շաքարային դիաբետ, ճարպակալում, քրոնիկ շնչառական հիվանդություն, իմունոդեֆիցիտային վիճակներ, քաղցկեղ և քրոնիկ երիկամային անբավարարություն, ալկոհոլիզմ, թմրամոլություն, թերսնուցում, ասպլենիա) ամբուլատոր պայմաններում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման համար խորհուրդ է տրվում համակցված թերապիա կամ մոնոթերապիա.

Համակցված թերապիա

- առաջնային հասանելիության հակաբիոտիկ, ԱՌԱԶԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ - **Ամօքսիցիլին+քլավուլանաթթու** 500 մգ/125 մգ օրական երեք անգամ, կամ ամոքսիցիլին+քլավուլանաթթու 875 մգ/125 մգ օրական երկու անգամ, կամ 1000 մգ/125 մգ օրական երկու անգամ

և

մշտադիտարկվող հակաբիոտիկ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ - մակրոլիդ **Ազիթրոմիցին**՝ առաջին օրը ազիթրոմիցին 500 մգ, իսկ հետո՝ օրական 250 մգ, կլարիթրոմիցին 500 մգ օրական երկու անգամ

կամ

առաջնային հասանելիության հակաբիոտիկ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ - **Դօքսիցիլին** 100 մգ օրական երկու անգամ կամ

Մոնոթերապիա. (այն պացիենտների համար, ովքեր չեն կարող օգտագործել բետա-լակտամ)

շնչառական ֆտորիսինոլոն լևոֆլոքսացին օրական 750 մգ, մոքսիֆլոքսացին օրական 400 մգ:

Աղյուսակ 1. Բուժման նախնական ռազմավարություններ՝ ամբուլատոր պայմաններում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման համար

Առանց ուղեկցող հիվանդությունների կամ MRSA կայունության կամ <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ամօքսիցիլին կամ
	Դօքսիցիլին կամ
	Ազիթրոմիցին կամ Կլարիթրոմիցին

Ուղեկցող հիվանդություններով	<p align="center"><u>Համակցված թերապիա</u></p> <p align="center">Ամօքսիցիլին+քլավուլանաթթու և Ազիթրոմիցին կամ Կլարիթրոմիցին կամ Դօքսիցիկլին կամ</p>
	<p align="center"><u>Մոնոթերապիա</u></p> <p align="center">շնչառական ֆտորիսինոլոն</p>

Աղյուսակ 2. Ախտանիշներ և նշաններ, որոնք ցուցում չեն հակաբակտերիալ բաժման համար

Կայուն սուբֆերիլիտետ 37.0-37.2°C	Բակտերիալ վարակի այլ նշանների բացակայության դեպքում կարող է լինել ոչ վարակային բորբոքման դրսևորում, հետվարակային ասթենիա, ինչպես նաև դեղորայքային տենդ
Հազ	Կարող է դիտվել 1-2 ամսվա ընթացքում տարած վիրուսային թոքաբորբից հետո, հատկապես ծխողների և քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող պացիենտների մոտ
Խզզոցներ աուսկուլտացիայի ժամանակ	Կարող է դիտվել 3-4 շաբաթ կամ ավել վիրուսային թոքաբորբից հետո, և արտացոլել հիվանդության բնական ընթացքը
Համառ թուլություն, քրտինք	Հետվարակային ասթենիայի դրսևորումներ
Ռադիոգրաֆում մնացորդային փոփոխությունների պահպանում (ինֆիլտրացիա, թոքային նկարի ուժեղացում)	Կարող է դիտվել 1-2 ամսվա ընթացքում տարած վիրուսային թոքաբորբից հետո

Գրականություն

1. Clinical management of COVID-19 disease. WHO interim guidance. 27 May 2020. WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5
2. 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. Joshua P. Metlay*, Grant W. Waterer*, Ann C. Long, Am J Respir Crit Care Med Vol 200, Iss 7, pp e45–e67, Oct 1, 2019
3. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (Версия 7 от 03.06.2020)
 4. Внебольничная пневмония. Клинические рекомендации. Российское респираторное общество Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. 2018 (пересмотр каждые 3 года)
 5. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. А.Г.Чучалин, А.И.Синопальников, Р.С.Козлов, С.Н.Авдеев, И.Е.Тюрин, В.А.Руднов, С.А.Рачина, О.В.Фесенко Российское респираторное общество (РРО) Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)
 6. Overview of community-acquired pneumonia in adults. Julio A Ramirez, MD, FACP. UpToDate. This topic last updated: Mar 13, 2020.
 7. Ընտանեկան բժշկություն. Արտահիվանդանոցային թորաբորբերի վարումը ամբուլատոր օղակում. Մ.Զ.Նարիմանյան, Կ.Լ.Մալայան, Ա.Ա.Կարապետյան. 2017-2018 ու.տարի