

# Ведение пациентов взрослого возраста с внутрибольничной и вентилятор-ассоциированной пневмонией: рекомендации IDSA/ATS 2016

Американское общество инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America, IDSA) и Американское торакальное общество (American Thoracic Society, ATS) на страницах авторитетного журнала Clinical Infectious Diseases опубликовали обновленное руководство по лечению взрослых больных внутрибольничной (ВБП) и вентилятор-ассоциированной пневмонией (ВАП). Эти рекомендации предназначены для врачей, курирующих пациентов с ВБП/ВАП: инфекционистов, пульмонологов, реаниматологов, хирургов, анестезиологов и клиницистов. В новую версию руководства внесено несколько значительных изменений:

- изменена дефиниция ВБП (теперь под нозокомиальной пневмонией понимают эпизод воспаления легких, не связанный с проведением искусственной вентиляции легких);
- использована методология GRADE (табл. 1);
- отменена концепция «пневмония, ассоциированная с оказанием медицинской помощи»;
- каждому лечебному учреждению рекомендовано разработать локальную антибиотикограмму с учетом чувствительности бактериальных изолятов, высеваемых прежде всего в отделениях интенсивной терапии, к антибактериальным препаратам (АБП);
- большинству больных ВБП/ВАП рекомендован краткий курс антибактериальной терапии (АБТ).

Предлагаем читателям ознакомиться с основными положениями данного руководства.

## Микробиологическая диагностика ВБП и ВАП

**I. Следует ли пациентам с подозреваемой ВАП назначать лечение, основываясь на результатах инвазивного взятия проб (бронхоскопия, «слепой» метод бронхоальвеолярного минилаважа) с их количественным культуральным исследованием, неинвазивного получения образцов (эндотрахеальной аспирации) с количественным культуральным исследованием или неинвазивного отбора проб с полуколичественным анализом?**

### Рекомендация

Для диагностики ВАП мы рекомендуем использовать неинвазивный отбор проб с последующим полуколичественным культуральным исследованием, а не инвазивные методики в сочетании с количественным культуральным исследованием (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

**II. Если количественный культуральный анализ был проведен, следует ли пациентам с подозреваемой ВАП, у которых**

результаты культурального исследования находятся ниже диагностического порога для подтверждения ВАП (метод защищенной щеточной биопсии: <103 КОЕ/мл, бронхоальвеолярный лаваж: <104 КОЕ/мл), воздержаться от приема АБП или продолжить АБТ?

### Рекомендация

Неинвазивный отбор образцов с последующим их полуколичественным культуральным исследованием является приоритетным методом диагностики ВАП, однако эксперты признают, что некоторые клиницисты иногда могут прибегать к инвазивным методикам с количественным культуральным исследованием. Пациентам с подозреваемой ВАП, у которых результаты количественного культурального исследования находятся ниже диагностического порога для ВАП, по нашему мнению, следует воздержаться от приема АБП и не продолжать АБТ (*слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

**III. Пациентам с подозреваемой ВБП (не-ВАП) следует назначать лечение, руководствуясь результатами микробиологического исследования респираторных образцов, или рекомендовать эмпирическую АБТ?**

### Рекомендация

Мы полагаем, что пациентам с подозреваемой ВБП (не-ВАП) следует подбирать терапию, основываясь на результатах микробиологического исследования респираторных образцов, а не отдавать предпочтение эмпирической АБТ (*слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

## Использование биомаркеров и применение балльной шкалы клинической оценки инфекции легких

**IV. Решение о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП должно основываться на уровне прокальцитонина и клинических критериях или только на клинических критериях?**

### Рекомендация

Для принятия решения о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП мы рекомендуем пользоваться только клиническими критериями, а не сывороточной концентрацией прокальцитонина в сочетании с клиническими критериями (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

**V. Решение о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП должно основываться на определении растворимого триггерного рецептора, экспрессируемого миелоидными клетками (sTREM-1), и клинических критериях или только на клинических критериях?**

### Рекомендация

Для принятия решения о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП мы рекомендуем пользоваться только клиническими критериями и не прибегать к определению sTREM-1 в жидкости, полученной при бронхоальвеолярном лаваже, совместно с клиническими критериями (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

**VI. Для принятия решения о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП следует использовать С-реактивный белок (СРБ) совместно с клиническими критериями или только клинические критерии?**

### Рекомендация

Для принятия решения о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП мы рекомендуем использовать только клинические критерии и не применять СРБ совместно с клиническими критериями (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

**VII. Для принятия решения о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП следует использовать модифицированную балльную шкалу оценки инфекции легких (Clinical Pulmonary Infection Score, CPIS) совместно с клиническими критериями или только клинические критерии?**

### Рекомендация

Для принятия решения о необходимости/нецелесообразности инициации АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП мы рекомендуем использовать только клинические критерии и не применять CPIS совместно с клиническими критериями (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

## Лечение вентилятор-ассоциированного трахеобронхита

**VIII. Следует ли пациентам с вентилятор-ассоциированным трахеобронхитом назначать АБТ?**

### Рекомендация

Мы считаем, что пациентам с вентилятор-ассоциированным трахеобронхитом не следует начинать АБТ (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

## Инициальная терапия ВБП и ВАП

**IX. Следует ли назначать эмпирическую АБТ для ВАП, основываясь на локальных данных об антибактериальной резистентности?**

### Рекомендации

1. Мы рекомендуем, чтобы каждая больница регулярно разрабатывала и распространяла локальную антибиотикограмму, в идеальном случае специально для отделений интенсивной помощи, если это возможно.

2. Мы рекомендуем, чтобы эмпирическая АБТ назначалась с учетом локальной распространенности ВАП-ассоциированных патогенов и их чувствительности к АБП.

**X. Какие АБП следует использовать для проведения эмпирической АБТ при клиническом подозрении на ВАП?**

Схемы эмпирической АБТ при клиническом подозрении на ВАП приведены в таблице 2.

### Рекомендации

1. При подозрении на ВАП мы рекомендуем во все схемы эмпирической АБТ включать препараты, действующие на *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* и другие грамотрицательные бактерии (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).

• Мы рекомендуем включать в схемы эмпирической АБТ препараты, действующие на метилциллинрезистентные штаммы *S. aureus* (MRSA), только пациентам:

Таблица 1. Интерпретация сильной и слабой (условной) рекомендации

	Сильная рекомендация	Слабая (условная) рекомендация
Пациенты	Большинство пациентов в данной ситуации поддержали бы рекомендованный план действий, и только небольшое количество больных не следовало бы ему	Большинство пациентов в данной ситуации следовали бы предлагаемому плану действий, но многие больные не поддержали бы его
Клиницисты	Большинству пациентов следует назначить данное вмешательство. Приверженность к выполнению этой рекомендации, в соответствии с положениями этого руководства, может использоваться как критерий качества или показателя эффективности терапии	Мы признаем, что другие варианты выбора были бы более подходящими для некоторых пациентов; вы должны содействовать каждому госпитализированному пациенту в принятии решения в соответствии с его/ее принципами и предпочтениями

Таблица 2. Схемы эмпирической АБТ при клиническом подозрении на ВАП в отделениях, где определена чувствительность к анти-MRSA, антисинегнойным/грамотрицательным противомикробным препаратам

Активные по отношению к грамположительным бактериям АБП (анти-MRSA)	Активные по отношению к грамотрицательным бактериям АБП (антисинегнойные): β-лактамы	Активные по отношению к грамотрицательным бактериям АБП (антисинегнойные): не-β-лактамы
Гликопептиды Ванкомицин 15 мг/кг в/в каждые 8-12 ч (рассмотреть целесообразность назначения нагрузочной дозы 25-30 мг/кг 1 р/сут при тяжелом течении заболевания)	Антисинегнойные пенициллины Пиперациллин-тазобактам 4,5 г в/в каждые 6 ч	Фторхинолоны Ципрофлоксацин 400 мг в/в каждые 8 ч Левифлоксацин 750 мг в/в каждые 24 ч
Или		
Оксазолидиноны Линезолид 600 мг	Цефалоспорины Цефепим 2 г в/в каждые 8 ч Цефтазидим 2 г в/в каждые 8 ч	Аминогликозиды Амикацин 15-20 мг/кг в/в каждые 24 ч Гентамицин 5-7 мг/кг в/в каждые 24 ч
	Или	
	Карбапенемы Имипенем 500 мг в/в каждые 6 ч Меропенем 1 г в/в каждые 8 ч	Полимиксины Колистин 5 мг/кг в/в 1 р/сут (нагрузочная доза), затем по 2,5 мг (1,5 CrCl+30) в/в каждые 12 ч (поддерживающая доза)
или		Полимиксин В 2,5-3,0 мг/кг/сут в 2 приема, в/в
Монобактамы Азтреонам 2 г в/в каждые 8 ч		

Примечание: в/в – внутривенно.

імаючим фактори ризику інфікування антибіотико-резистентними патогенами (табл. 3); знаходячись на ліценні в відділеннях, де >10-20% виділяемих ізолятів *S. aureus* являються метицилінрезистентними; перебуваючим в відділеннях, де розповсюдженість MRSA не відома (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

• Ми рекомендуємо включати в схеми емпіричної АБТ препарати, діючі на метицилінчутливі штами *S. aureus* (MSSA, не-MRSA), для лікування підозрюваної ВАП у пацієнтів, не маючих факторів ризику розвитку антибактеріальної резистентності, знаходячись в відділеннях інтенсивної терапії, де <10-20% виділяемих ізолятів *S. aureus* являються метицилінрезистентними (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

2. При необхідності емпіричного призначення АБП, діючого на MRSA, ми рекомендуємо ванкомицину або лінезоліду (*сильна рекомендація, середнє якість доказів*).

3. В випадках, коли емпірична АБТ повинна впливати на MSSA (не-MRSA), ми рекомендуємо режим, включаючий пиперациллін-тазобактам, цефепім, левофлоксацин, імипенем, меропенем (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*). Оксацилін, нафцилін або цефазолін являються більш переважними АБП для лікування доведеної MSSA-інфекції, але вони не є необхідними для емпіричної АБТ ВАП, якщо один з цих препаратів уже використовується.

4. Ми рекомендуємо призначати два антисинегночних АБП з різних класів для емпіричної АБТ підозрюваної ВАП тільки пацієнтам: маючим фактори ризику розвитку антибактеріальної резистентності (табл. 3), знаходячись в відділеннях, де >10% виділяемих грамтрицательних ізолятів резистентні к АБП, використовуваним для монотерапії, а також пацієнтам відділень інтенсивної терапії, де локальна чутливість бактерій к АБП не відома (*слабка рекомендація, низьке якість доказів*).

5. Ми рекомендуємо призначати один антибіотик, діючий на *P. aeruginosa*, для емпіричної АБТ підозрюваної ВАП у пацієнтів, не маючих факторів ризику розвитку антибактеріальної резистентності, перебуваючих

в відділеннях інтенсивної терапії, де ≤10% виділяемих грамтрицательних ізолятів стійкі к АБП, використовуваним для монотерапії (*слабка рекомендація, низьке якість доказів*).

6. Ми рекомендуємо уникати призначення аміноглікозидів пацієнтам з підозрюваної ВАП, якщо доступні альтернативні препарати (*слабка рекомендація, низьке якість доказів*).

7. Ми рекомендуємо уникати призначення колістину пацієнтам з підозрюваної ВАП, якщо доступні альтернативні АБП з адекватної грамтрицательної активністю (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

#### XI. Чи повинен вибір емпіричної АБТ для лікування ВБП (не-ВАП) ґрунтуватися на локальних даних об антибактеріальної резистентності?

##### Рекомендації

1. Ми рекомендуємо, щоб кожна лікарня регулярно розробляла і розповсюджувала локальну антибіотикограму, в ідеальному випадку спеціально для популяції великих ВБП, якщо це можливо.

2. Ми рекомендуємо, щоб емпірична АБТ призначалася з урахуванням локальної розповсюдженості ВБП-асоційованих патогенів і їх чутливості к АБП.

#### XII. Які АБП рекомендується для емпіричної АБТ при клінічному підозрінні на ВБП (не-ВАП)?

Рекомендуємі ініціальні режими емпіричної АБТ для ВБП (не-ВАП) приведені в таблиці 4.

##### Рекомендації

1. Пацієнтам, отримуючим емпіричну АБТ ВБП, ми рекомендуємо призначати антибіотик, активний проти *S. aureus* (*сильна рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

• Пацієнтам з ВБП, отримуючим емпіричну АБТ і маючим фактори ризику розвитку MRSA-інфекції (передшествуюче в/в введення антибіотиків в течение 90 днів, госпіталізація в відділення, де >20% виділяемих ізолятів *S. aureus* резистентні к метициліну, або невідома розповсюдженість MRSA), а також великим

з високим ризиком летального результату ми рекомендуємо призначати АБП, активний проти MRSA (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

• Пацієнтам з ВБП, маючим потребу в емпіричній АБТ проти MRSA, ми рекомендуємо призначати ванкомицину або лінезоліду, а не альтернативний антибіотик (*сильна рекомендація, низьке якість доказів*).

• Пацієнтам з ВБП, отримуючим емпіричну АБТ і не маючим факторів ризику розвитку MRSA-інфекції, великим з низьким ризиком розвитку летального результату ми рекомендуємо призначати АБП, активний проти MSSA. В випадках, коли необхідна емпірична АБТ проти MSSA (не-MRSA), ми рекомендуємо режим, включаючий пиперациллін-тазобактам, цефепім, левофлоксацин, імипенем, меропенем. Призначення оксациліну, нафциліну, цефазоліну більш переважними при ліченні доведеної MSSA, але вони не є необхідними для емпіричної АБТ ВБП, якщо один з цих препаратів уже використовується (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

2. Пацієнтам з ВБП, отримуючим емпіричну АБТ, ми рекомендуємо призначати АБП, активний проти *P. aeruginosa* і інших грамтрицательних бактерій (*сильна рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

• Пацієнтам з ВБП, отримуючим емпіричну АБТ і маючим фактори ризику інфікування *Pseudomonas* або іншими грамтрицательними патогенами, при високому ризикі летального результату ми рекомендуємо призначати АБП з двох різних класів, активні проти *P. aeruginosa* (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*). К факторам ризику летального результату відносять необхідність проведення механічної вентиляції легких пацієнтам з ВБП, септичним шоком. Іншим великим ВБП, отримуючим емпіричну АБТ, може призначатися один АБП, активний проти *P. aeruginosa*.

• Пацієнтам з ВБП, отримуючим емпіричну АБТ, ми рекомендуємо не призначати аміноглікозиди в якості єдиного антисинегночного АБП (*сильна рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

#### Фармакокінетическа/фармакодинаміческа оптимізація АБТ

XIII. Чи повинна доза АБП для пацієнтів з ВБП/ВАП визначатися його фармакокінетическими/фармакодинаміческими властивостями або інструкцією по використанню препарату?

##### Рекомендація

При ліченні пацієнтів з ВБП/ВАП ми рекомендуємо, щоб доза АБП визначалася фармакокінетическими/фармакодинаміческими властивостями, а не інструкцією по використанню препарату, розробленою фірмою-виробителем (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

#### Роль інгаляційної АБТ

XIV. Чи повинні пацієнтам з ВАП, викликаній грамтрицательними бактеріями, призначати комбінацію інгаляційної і системної АБП або проводити монотерапію системним АБП?

##### Рекомендація

Пацієнтам з ВАП, викликаній грамтрицательними бактеріями, чутливими тільки к аміноглікозидам або полімиксинам (колістину або полімиксину В), ми рекомендуємо призначити одночасно інгаляційний і системний АБП, а не проводити монотерапію системним АБП (*слабка рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

#### Патогенспецифіческа терапія

XV. Які АБП слід використовувати для лічення ВБП/ВАП, викликаній MRSA?

##### Рекомендація

Ми рекомендуємо, щоб великим ВБП/ВАП, викликаній MRSA, призначали ванкомицину або лінезоліду, а не інші АБП або їх комбінації (*сильна рекомендація, середнє якість доказів*).

XVI. Який АБП слід використовувати для лічення пацієнтів з ВБП/ВАП, викликаній *P. aeruginosa*?

##### Рекомендації

1. Ми рекомендуємо, щоб остаточний (неемпірический) вибір АБП для пацієнтів з ВБП/ВАП, викликаній *P. aeruginosa*, ґрунтувався на результатах дослідження чутливості к антибіотикам (*сильна рекомендація, низьке якість доказів*).

2. Ми рекомендуємо не призначати монотерапію аміноглікозидами пацієнтам з ВБП/ВАП, викликаній *P. aeruginosa* (*сильна рекомендація, дуже низьке якість доказів*).

Таблиця 3. Фактори ризику інфікування полірезистентними патогенами	
Фактори ризику розвитку ВАП, викликаній полірезистентними патогенами	
Предшествуюче в/в введення антибіотиків (в течение 90 днів) Септический шок в час ВАП Острій респіраторний дистресс-синдром, предшествуючий ВАП Заместительна печінчана терапія до початку ВАП	
Фактор ризику розвитку ВБП, викликаній полірезистентними патогенами	
Предшествуюче в/в введення антибіотиків (в течение 90 днів)	
Фактор ризику розвитку ВБП/ВАП, викликаній MRSA	
Предшествуюче в/в введення антибіотиків (в течение 90 днів)	
Фактор ризику розвитку ВБП/ВАП, викликаній полірезистентними штамми <i>Pseudomonas</i>	
Предшествуюче в/в введення антибіотиків (в течение 90 днів)	

Таблиця 4. Рекомендуємі ініціальні режими емпіричної АБТ для ВБП (не-ВАП)			
Високий ризик летального результату, а також фактори, збільшувачі ймовірність інфікування MRSA, відсутні	Високий ризик летального результату відсутній, маються фактори, збільшувачі ймовірність інфікування MRSA	Високий ризик летального результату, підтвердженне предшествуюче в/в введення АБП в течение 90 днів	
Один з наступних		Два з наступних, уникати двох β-лактамов	
Пиперациллін-тазобактам 4,5 г в/в кожні 6 ч			
Или			
Цефепім 2 г в/в кожні 8 ч	Цефепім або цефтазидим 2 г кожні 8 ч		
Или			
Левовлоксацин 750 мг в/в єдиєдневно	Левовлоксацин 750 мг в/в єдиєдневно Ципрофлоксацин 400 мг в/в кожні 8 ч		
или			
Импіпенем 500 мг в/в кожні 6 ч Меропенем 1 г в/в кожні 8 ч	Импіпенем 500 мг в/в кожні 6 ч Меропенем 1 г в/в кожні 8 ч		
	или		
	Азтреонам 2 г в/в кожні 8 ч	Амікацин 15-20 мг/кг в/в єдиєдневно Гентаміцин 5-7 мг/кг в/в єдиєдневно Тобраміцин 5-7 мг/кг в/в єдиєдневно	
		или	
		Азтреонам 2 г в/в кожні 8 ч	
	Плюс		
Импіпенем 500 мг в/в кожні 6 ч Меропенем 1 г в/в кожні 8 ч	Ванкомицин 15 мг/кг в/в кожні 8-12 ч до досягнення цільового рівня 15-20 мг/мл (розглянути цільовість введення нагрозочної дози 25-30 мг/кг 1 р/сут при важкому теченні захворювання)		
	Или		
	Лінезоліду 600 мг в/в кожні 12 ч		
Если не використовувати анти-MRSA-препарати, призначити АБП, діючі на MSSA: пиперациллін-тазобактам, цефепім, левофлоксацин, імипенем, меропенем. Призначення оксациліну, нафциліну, цефазоліну переважніше при доведеному інфікуванні MSSA, але не варто рутинно використовувати для емпіричної АБТ ВБП			
В випадку, якщо пацієнт має важку алергію к пеницилінам або передбачається використання азтреонама замість якого-небудь β-лактамоного АБП, слід призначити антибіотик з анти-MSSA-активністю.			

# КЛИВАС

розувастатин 10 мг, 20 мг



- снижает уровни общего холестерина и липопротеидов низкой плотности более эффективно, в сравнении с аторвастатином<sup>1\*</sup>
- терапевтический эффект уже с первой недели<sup>2</sup>
- доступнее благодаря социальной программе<sup>3</sup>



1. Jones P.H. et al. Am J Cardiol. 2003; 92: 152-160; Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR\* Trial).

\* В равных дозах.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата КЛИВАС.

3. Социальная программа – возможность приобретения упаковок №10 и №20 по специальной цене в рамках акций, проводимых совместно с дистрибьюторами ООО «Фарма Старт».

**Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата КЛИВАС. Состав.** 1 таблетка содержит розувастатина кальция 10,4 мг или 20,8 мг (в пересчете на розувастатин 10 мг или 20 мг). **Лекарственная форма.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа.** Гиполипидемические средства. Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы. Код АТХ С10AA07. **Фармакологические свойства.** Розувастатин является селективным конкурентным ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы, фермента, превращающего 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А в мевалонат, предшественник холестерина. Розувастатин снижает уровень холестерина ЛПНП (ХС ЛПНП), общего холестерина и триглицеридов (ТГ), увеличивает уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). **Показания. Лечение гиперхолестеринемии. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений. Лечение атеросклероза. Побочные реакции (действия).** Обычно слабые и преходящие. Головная боль, головокружение, запор, тошнота, боль в животе, миалгия, астения. **Категория отпуска.** По рецепту. P.C. №UA/12971/01/01, №UA/12971/01/02. **Производитель:** ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульвар И. Лепсе, 8. ООО «Фарма Старт» входит в группу компаний ACINO (Швейцария). Полная информация содержится в инструкциях по медицинскому применению препаратов. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.



Швейцарское качество, украинская цена

ООО «Фарма Старт» | бульвар Ивана Лепсе, 8 | Киев | 03124 | Украина  
Компания Acino Group, Швейцария | Телефон: +38 044 281 2333  
www.acino-pharma.com



## Ведение пациентов взрослого возраста с внутрибольничной и вентилятор-ассоциированной пневмонией: рекомендации IDSA/ATS 2016

Продолжение. Начало на стр. 60.

**XVII. Следует назначать моно- или комбинированную АБТ для лечения пациентов с ВБП/ВАП, вызванной *P. aeruginosa*?**

### Рекомендации

1. Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной *P. aeruginosa*, не имеющим признаков септического шока или высокого риска летального исхода, а также больным, у которых известны результаты исследования чувствительности к АБП, мы рекомендуем назначить монотерапию препаратом, к которому чувствительны выделенные изоляты, а не комбинированную АБТ (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).

2. Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной *P. aeruginosa*, находящимся в септическом шоке или имеющим высокий риск летального исхода, а также при отсутствии результатов анализа чувствительности к АБП, мы рекомендуем назначить комбинированную терапию двумя антибиотиками, к которым чувствительны выделенные изоляты, а не монотерапию (*слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

3. Мы рекомендуем не назначать монотерапию аминогликозидами пациентам с ВБП/ВАП, вызванной *P. aeruginosa* (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

**XVIII. Какие АБП следует назначить пациентам с ВБП/ВАП, вызванной грамотрицательными бактериями, продуцирующими β-лактамазу расширенного спектра действия (β-ЛРС)?**

### Рекомендация

Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной грамотрицательными бактериями, продуцирующими β-ЛРС, мы рекомендуем подбирать препарат для окончательной (неэмпирической) АБТ, основываясь на результатах исследования чувствительности микроорганизмов к АБП с учетом пациентспецифических факторов (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

**XIX. Какой АБП следует назначить пациентам с ВБП/ВАП, вызванной штаммами *Acinetobacter*?**

### Рекомендации

1. Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной штаммами *Acinetobacter*, мы рекомендуем назначить карбапенем или ампициллин/сульбактам, если выделенные изоляты чувствительны к этим АБП (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

2. Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной штаммами *Acinetobacter*, чувствительными только к полимиксинам, мы рекомендуем в/в введение полимиксинов (колистина или полимиксина В) (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*) и дополнительное ингаляционное введение колистина (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

3. Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной штаммами *Acinetobacter*, чувствительными только к колистину, мы рекомендуем не назначать дополнительно рифампицин (*слабая рекомендация, среднее качество доказательств*).

4. Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной штаммами *Acinetobacter*, мы рекомендуем не назначать тайгециклин (*сильная рекомендация, низкое качество доказательств*).

**XX. Какой АБП следует назначить пациентам с ВБП/ВАП, вызванной карбапенемрезистентными патогенами?**

### Рекомендация

Пациентам с ВБП/ВАП, вызванной карбапенемрезистентными патогенами, чувствительными только к полимиксинам, мы рекомендуем в/в введение полимиксинов (колистина или полимиксина В) (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*) и дополнительные ингаляции колистина (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

### Длительность терапии

**XXI. Пациентам с ВАП следует рекомендовать 7-дневный или 8-15-дневный курс АБТ?**

### Рекомендация

Пациентам с ВАП мы рекомендуем 7-дневный курс АБТ, а не более длительную терапию (*сильная рекомендация, среднее качество доказательств*).

**XXII. Какая оптимальная длительность АБТ для ВБП (не-ВАП)?**

### Рекомендация

Для пациентов с ВБП мы рекомендуем 7-дневный курс АБТ (*сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

**XXIII. Следует проводить деэскалацию терапии или придерживаться фиксированной АБТ при лечении пациентов с ВБП/ВАП?**

### Рекомендация

Пациентам с ВБП/ВАП мы рекомендуем проводить деэскалацию терапии, а не придерживаться фиксированной АБТ (*слабая рекомендация, очень низкое качество доказательств*).

**XXIV. Следует прекращать АБТ у пациентов с ВБП/ВАП, основываясь на результатах определения уровня прокальцитонина и клинических критериях или только на клинических критериях?**

### Рекомендация

Для принятия решения о прекращении АБТ у пациентов с ВБП/ВАП мы рекомендуем пользоваться уровнем прокальцитонина и клиническими критериями, а не только клиническими критериями (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

**XXV. Следует прекращать АБТ у пациентов с подозреваемой ВБП/ВАП, основываясь на CPIS и клинических критериях или только на клинических критериях?**

### Рекомендация

Для принятия решения о прекращении АБТ у пациентов с ВБП/ВАП мы рекомендуем не пользоваться CPIS (*слабая рекомендация, низкое качество доказательств*).

Статья печатается в сокращении.

Kalil A. et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical Infectious Diseases*. DOI: 10.1093/cid/ciw353.

Перевела с англ. Лада Матвеева



# Здоров'я України<sup>®</sup>

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

На нашому сайті  
[www.health-ua.com](http://www.health-ua.com)

повна версія всіх номерів  
медичної газети  
«Здоров'я України»: загальноотерапевтичні та всі тематичні номери

