

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**Министерство здравоохранения Забайкальского края**  

---

**государственное автономное учреждение здравоохранения**  
**«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**  
672038, г. Чита, ул. Коханского, д. 7  
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95  
E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

---

от 25.11.2025 г. №851-о

Главный врач  Утверждаю  
С.Н. Капустин

Информационное письмо

**Терапия внебольничных пневмоний**

*Врач-терапевт отделения пульмонологии Соколовская Е.П.*  
*Зав. отделением пульмонологии Загузина Е.С.*

## Терапия внебольничных пневмоний

Лечение пациентов с Внебольничной пневмонией (далее ВП) предполагает комплекс мероприятий, включающих назначение антибактериальной терапии системного действия, противовирусных препаратов для системного применения, адекватную респираторную поддержку, применение по показаниям неантибактериальных ЛС и профилактику осложнений. Чрезвычайно важным является своевременное выявление и лечение декомпенсации/обострения сопутствующих заболеваний.

### Лечение амбулаторных пациентов

#### Антибактериальная терапия

• Всем пациентам с определенным диагнозом ВП рекомендуется назначение антибактериальной терапии (далее АБТ) системного действия в как можно более короткие сроки (оптимально - не позднее 8 ч с момента верификации диагноза) для улучшения прогноза .

Системная АБТ ВП при своевременном назначении и адекватном выборе препаратов улучшает прогноз . При верифицированной пневмонии, вызванной SARS-CoV-2, бактериальные ко-инфекции встречаются редко, что определяет нецелесообразность включения АБП системного действия в рутинные протоколы ведения данной категории пациентов .

• Амбулаторным пациентам с установленным диагнозом ВП рекомендуется назначение пероральных лекарственных форм (ЛФ) АБП системного действия с высокой биодоступностью с целью уменьшения риска осложнений.

• Стартовую АБТ ВП рекомендуется назначать эмпирически с учетом факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей.

Среди амбулаторных пациентов с ВП выделяют 2 группы. В первую группу включены пациенты без хронических сопутствующих заболеваний, не принимавшие за последние 3 мес. АБП системного действия  $\geq 2$  дней и не имеющие других факторов риска инфицирования редкими и/или ПРВ: пребывание в доме престарелых или других учреждениях длительного ухода, наличие госпитализаций по любому поводу в течение  $\geq 2$  суток в предшествующие 90 дней, в/в инфузионная терапия, наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях в предшествующие 30 дней. Во вторую группу включены пациенты с ВП с сопутствующими заболеваниями (ХОБЛ, СД, ХСН, хроническая болезнь почек (ХБП) с снижением скорости клубочковой фильтрации, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение) и/или принимавшие за последние 3 мес АБП системного действия  $\geq 2$  дней и/или имеющие другие факторы риска инфицирования редкими и/или ПРВ, которые указаны выше.

• Пациентам с ВП без значимых сопутствующих заболеваний и других

факторов риска инфицирования редкими и/или ПРВ рекомендуется в качестве препарата выбора: амоксициллин, альтернативы – макролиды (азитромицин, кларитромицин)

Несмотря на то, что амоксициллин *in vitro* не перекрывает весь спектр потенциальных возбудителей ВП (в частности, не действуют на *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*), в РКИ он не уступал по эффективности макролидам и респираторным фторхинолонам [109]. При ВП доза амоксициллина должна составлять 3 г/сутки.

В связи с быстрым и существенным ростом устойчивости *S. pneumoniae* к макролидам в РФ их назначение в качестве препаратов первого ряда не рекомендуется ввиду риска клинических неудач. Макролиды (азитромицин, кларитромицин) могут применяться при невозможности назначить амоксициллин (индивидуальная непереносимость, аллергические реакции немедленного типа на бета-лактамы АБП: пенициллины и другие бета-лактамы АБП в анамнезе). Их использование может также рассматриваться при наличии клинических/эпидемиологических данных, которые с высокой степенью вероятности свидетельствуют о ВП, вызванной *M. pneumoniae* или *S. pneumoniae*.

• Пациентам с ВП, значимыми сопутствующими заболеваниями и/или другими факторами риска инфицирования редкими и/или ПРВ рекомендуются в качестве препаратов выбора: амоксициллин+клавулановая кислота, альтернативы – респираторные фторхинолоны (РХ), цефподоксим или цефдиторен.

Поскольку вероятность этиологической роли грамотрицательных бактерий (в том числе обладающих некоторыми механизмами вторичной АБР) у этих пациентов возрастает, в качестве выбора АБП системного действия им рекомендуются амоксициллин+клавулановая кислота. Альтернативой является применение РХ (левофлоксацин или моксифлоксацин) и цефалоспоринов III поколения с достаточной антипневмококковой активностью – цефдиторена и цефподоксима. Фторхинолоны *in vitro* имеют определенные преимущества перед бета-лактамами.

Несмотря на определенную роль “атипичных” возбудителей в этиологии ВП у пациентов данной группы, рутинное назначение комбинации бета-лактама АБП: пенициллина или другого бета-лактама АБП и макролида (азитромицин, кларитромицин) не рекомендуется, так как на сегодняшний день не доказано, что такая стратегия улучшает исходы лечения при возможном увеличении риска НЛР и селекции АБР.

Всем пациентам с ВП через 48-72 ч после начала лечения рекомендуется оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ для своевременного пересмотра тактики лечения и оценки целесообразности госпитализации.

Основными критериями эффективности АБТ в эти сроки являются

снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов и признаков ВП.

Если у пациента сохраняется лихорадка и интоксикационный синдром, либо прогрессируют симптомы и признаки ВП или развиваются осложнения, АБТ следует расценивать как неэффективную. В этом случае, а также появлении НЛР, требующих отмены АБП системного действия, необходимо пересмотреть тактику лечения и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента.

• Продолжительность АБТ ВП определяется индивидуально - при решении вопроса об отмене АБП системного действия при ВП рекомендуется руководствоваться критериями достаточности АБТ (должны присутствовать все нижеперечисленные)

стойкое снижение температуры тела  $<37,2^{\circ}\text{C}$  в течение не менее 48 ч;

отсутствие интоксикационного синдрома;

частота дыхания  $<20/\text{мин}$  (у пациентов без хронической ДН);

отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией);

количество лейкоцитов в крови  $<10 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов  $<80\%$ , юных форм  $<6\%$ .

Оптимальная продолжительность применения АБП системного действия при ВП до настоящего времени не определена и зависит от различных факторов – возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости “ответа” на стартовую АБТ и др.

В подавляющем большинстве случаев разрешение остаточных клинических симптомов и признаков ВП, лабораторных изменений происходит самостоятельно или на фоне симптоматической терапии. Рентгенологические признаки ВП разрешаются медленнее клинических симптомов и лабораторных изменений, поэтому контрольная рентгенография ОГК не используется для оценки достаточности АБТ.

Обратное развитие воспалительного процесса связано со снижением интенсивности тени инфильтрации вплоть до полного ее исчезновения. Длительность обратного развития инфильтративных изменений может различаться в широких пределах, но обычно составляет 3-4 недели. Контрольное рентгенологическое исследование в эти сроки позволяет выявить нормальную картину или остаточные изменения в легких в виде локальных участков уплотнения легочной ткани или деформации легочного рисунка.

### **Неантибактериальные ЛС**

• Рутинное назначение неантибактериальных ЛС амбулаторным пациентам ВП не рекомендуется.

Пациенты с ВП могут получать парацетамол и нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты, такие как ибупрофен в качестве жаропонижающих ЛС (при лихорадке  $> 38,50^{\circ}\text{C}$ ) или анальгетиков (при наличии выраженного болевого синдрома,



обусловленного плевритом), а также ЛС, улучшающие реологию бронхиального секрета (например, амброксол, ацетилцистеин). Однако данная терапия при ВП является симптоматической и не влияет на прогноз.

#### **Немедикаментозное лечение**

• Всем пациентам с ВП рекомендуется временное ограничение чрезмерной физической нагрузки, потребление жидкости в достаточном объеме, курящим - прекращение курения.

#### **Лечение госпитализированных пациентов**

##### **Антимикробная терапия**

• Всем пациентам с определенным диагнозом ВП рекомендуется назначение АБП системного действия в как можно более короткие сроки (не позднее 4 ч с момента установления диагноза,) для снижения летальности при ВП и улучшения прогноза.

У госпитализированных пациентов подразумевается более тяжелое течение ВП, поэтому целесообразно начинать терапию с парентеральных АБП системного действия. Стартовая АБТ тяжелой ВП предполагает внутривенное введение АБП системного действия, т.к. данный путь доставки обеспечивает наиболее высокую и предсказуемую биодоступность, не зависящую от полноты и скорости всасывания препаратов в ЖКТ. В дальнейшем по мере клинической стабилизации возможен перевод пациента на пероральный прием АБП системного действия в рамках концепции ступенчатой терапии.

При нетяжелом течении ВП в случае госпитализации пациента по немедицинским показаниям допускается сразу назначение АБП системного действия внутрь.

• Стартовую АБТ ВП рекомендуется назначать эмпирически с учетом тяжести ВП и факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей.

У госпитализированных пациентов с ВП возможно применение широкого круга АБП системного действия – ампициллина, комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспоринов (ЦС) с высокой антипневмококковой активностью (цефотаксим, цефтриаксон, цефтаролина фосамил, цефтобипрол медокарил), эртапенема. Стратификация пациентов аналогична таковой для амбулаторных пациентов, учитывает спектр потенциальных возбудителей, факторы риска инфицирования

К первой группе относят пациентов без хронических сопутствующих заболеваний и факторов риска инфицирования редкими и/или ПРВ, второй – с наличием таковых (прием АБП системного действия  $\geq 2$  дней в течение последних 3 мес., пребывание в доме престарелых или других учреждениях длительного ухода, наличие госпитализаций по любому поводу в течение  $\geq 2$  суток в предшествующие 90 дней, в/в инфузионная терапия, наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях

в предшествующие 30 дней).

• Пациентам с ВП без значимых сопутствующих заболеваний и других факторов риска инфицирования редкими и/или ПРВ в качестве препаратов выбора рекомендуются ампициллин, амоксициллин+клавулановая кислота или ампициллин+сульбактам, альтернативы – РХ. Пациентам с ВП, значимыми сопутствующими заболеваниями и/или другими факторами риска инфицирования редкими и/или ПРВ в качестве препаратов выбора рекомендуются амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин+сульбактам, ЦС III поколения (цефотаксим, цефтриаксон), РХ, у отдельных категорий пациентов - цефтаролина фосамил, цефтобипрол медокарил и эртапенем. У пожилых пациентов с множественной сопутствующей патологией и высоким риском неблагоприятного прогноза, наличии факторов риска аспирации, обитателей домов престарелых можно ожидать более высокую эффективность при назначении эртапенема. При развитии ВП у пациентов с гриппом предпочтительны препараты с высокой активностью против *S. aureus*

В случае госпитализации пациентов с нетяжелой ВП по немедицинским показаниям (например, невозможность обеспечить адекватное лечение амбулаторно) при отсутствии нарушений всасывания в ЖКТ допускается сразу назначение АБП системного действия внутрь в соответствии с рекомендациями по лечению амбулаторных пациентов.

Группа	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернатива
Нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний <sup>1</sup> , не принимавших за последние 3 мес АБП системного действия $\geq 2$ дней и не имеющих других факторов риска <sup>2</sup>	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> Респираторные вирусы	Ампициллин в/в, в/м ИЛИ Амоксициллин+клавулановая кислота, в/в, в/м ИЛИ Ампициллин+сульбактам, в/в, в/м	РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в
Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями <sup>1</sup> и/или принимавшими за последние 3 мес АБП системного действия $\geq 2$ дней и/или имеющих другие факторы риска <sup>2</sup>	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i>	Амоксициллин+клавулановая кислота в/в, в/м ИЛИ Ампициллин+сульбактам, в/в, в/м ИЛИ ЦС III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в/в, в/м ИЛИ РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин)	

	ae S. aureus Enterobac terales Респират орные вирусы	в/в ИЛИ Цефтаролина фосамил <sup>3</sup> в/в ИЛИ Цефтобипрол медокарил <sup>4</sup> в/в ИЛИ Эртапенем <sup>5</sup> в/в, в/м
--	--	---

Примечание: ЦС – цефалоспорин, РХ- респираторный фторхинолон

- . Пациентам без дополнительных факторов риска рекомендуется комбинированное применение одного из указанных препаратов - амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин+сульбактам, ЦС без антисинегнойной активности (цефотаксим, цефтриаксон, цефтаролина фосамил, цефтобипрол медокарил) - с макролидом (терапия выбора) или РХ (альтернатива)
- . Пациентам с факторами риска инфицирования пенициллинорезистентный S. Pneumoniae при назначении бета-лактамов АБП: пенициллинов и/или других бета-лактамов АБП рекомендуется отдавать предпочтение цефтаролину фосамилу или цефтобипрол медокарилу; цефотаксим и цефтриаксон рекомендуется использовать в максимальных суточных дозах. . Пациентам с ВП и факторами риска инфицирования P. aeruginosa рекомендуется комбинация одного из препаратов: пиперациллин+тазобактам, цефепим, цефтобипрол медокарил, имипенем+циластатин, меропенем с ципрофлоксацином или левофлоксацином (терапия выбора) или макролидом (альтернатива) с возможным добавлением амикацина.
- . Пациентам с факторами риска инфицирования MRSA в случае назначения амоксициллина+клавулановой кислоты, ампициллина+сульбактама, цефотаксима или цефтриаксона дополнительно к стандартной АБТ рекомендуется назначение линезолида или ванкомицина, либо комбинация цефтаролина фосамила или цефтобипрол медокарила с макролидом или РХ .
- . Пациентам с факторами риска инфицирования энтеробактериями, продуцирующими БЛРС, рекомендуется комбинация карбапенема (имипенем+циластатин, меропенем, эртапенем) с макролидом (терапия выбора) или РХ.
- . Пациентам с документированной/предполагаемой аспирацией рекомендуются комбинированное применение одного из

указанных препаратов - амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин+сульбактам, пиперациллин+тазобактам, эртапенем в комбинации с макролидом (терапия выбора) или РХ (альтернатива).

Всем пациентам при подтвержденном гриппе или наличии клинических/эпидемиологических данных, предполагающих вероятное инфицирование вирусами гриппа, рекомендуется назначение ингибиторов нейраминидазы (осельтамивир, занамивир) с целью улучшения прогноза.

Лечение пневмонии, ассоциированной с SARS-CoV-2, регламентируется отдельными клиническими рекомендациями. Антимикробная терапия, вызванной другими респираторными вирусами, в настоящее время не разработана.

Всем пациентам с ВП через 48-72 ч после начала лечения рекомендуется оценка эффективности и безопасности и пересмотр стартового режима АБТ для своевременного пересмотра тактики лечения с возможной его деэскалацией.

Как и при лечении амбулаторных пациентов, основными критериями эффективности АБТ в эти сроки являются снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов и признаков ВП, ДН, проявлений ПОН.

Если у пациента сохраняется лихорадка и интоксикационный синдром, прогрессируют симптомы и признаки ВП или развиваются осложнения, АБТ следует расценивать как неэффективную. В этом случае, а также появлении НЛР, требующих отмены АБП системного действия, необходимо пересмотреть тактику лечения, повторно оценить тяжесть ВП и целесообразность перевода в ОРИТ.

При наличии результатов микробиологических исследований целесообразно рассмотреть деэскалацию АБТ с назначением препаратов, обладающих наиболее высокой активностью в отношении выделенного возбудителя и документированной эффективностью в клинических исследованиях.

В исследованиях пациентов ОРИТ с тяжелыми инфекциями деэскалация являлась эффективной и безопасной стратегией, использование которой сопровождалось сокращением длительности госпитализации, продолжительности АБТ и частоты АБ-ассоциированных осложнений.

Из лабораторных тестов целесообразно определение СРБ в сыворотке крови на

3-4-й день начала терапии. Повышение концентрации СРБ или снижение менее чем на 50% через свидетельствует о неэффективности терапии и неблагоприятном прогнозе.

Всем госпитализированным пациентам с ВП рекомендуется перевод с парентерального на пероральный прием АБП системного действия при достижении критериев клинической стабильности



(должны присутствовать все ниже перечисленные) :

снижение температуры тела до субфебрильных цифр ( $<37,8^{\circ}\text{C}$ ) при двух измерениях с интервалом 8 ч;

отсутствие нарушений сознания;

частота дыхания  $< 24/\text{мин}$ ;

частота сердечных сокращений  $< 100/\text{мин}$ ;

систолическое АД  $> 90$  мм рт ст;

отсутствие нарушений всасывания в ЖКТ.

$\text{SpO}_2 > 90\%$  или  $\text{PaO}_2$

Ступенчатая АБТ предполагает двухэтапное применение АБП системного действия, при котором лечение начинается с внутривенного введения ЛС с последующим переходом на пероральный прием того же препарата, либо АБП системного действия с сходным спектром активности и механизмом действия. Цель ступенчатой терапии заключается в уменьшении длительности парентеральной АБТ, что обеспечивает сокращение сроков пребывания пациента в стационаре и риска осложнений, уменьшение стоимости лечения при сохранении высокой клинической эффективности. Оптимальным вариантом ступенчатой АБТ является последовательное использование двух ЛФ (для в/в введения и приема внутрь) одного и того же АБП системного действия. Возможно последовательное применение препаратов, близких по своим антимикробным свойствам. Важнейшим критерием выбора АБП системного действия для второго этапа ступенчатой терапии является высокая и предсказуемая биодоступность при приеме внутрь.

Для ступенчатой терапии ВП можно использовать следующие АБП системного действия: амоксициллин+клавулановая кислота, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин, азитромицин, линезолид. Для некоторых АБП системного действия, не имеющих ЛФ для перорального применения, возможна замена на близкие по антимикробному спектру препараты (например, цефотаксим, цефтриаксон  $\rightarrow$  цефподоксим, цефдиторен, амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин  $\rightarrow$  амоксициллин).

Возможность перехода на пероральный путь применения АБП системного действия при соблюдении критериев клинической стабильности появляется в среднем через 3-5 дней с момента начала лечения.

• При решении вопроса об отмене АБП системного действия при ВП рекомендуется руководствоваться критериями достаточности АБТ.

Выбор оптимальной продолжительности АБТ у пациентов с нетяжелой ВП зависит от различных факторов – возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости “ответа” на стартовую АБТ, характеристик назначенного АБП системного действия, выявляемых возбудителей.

Длительность применения противовирусных препаратов (осельтамивир,

занамивир) обычно составляет 5-10 дней.

### **Этиотропная АБТ**

Несмотря на эмпирический выбор АБП системного действия для стартовой терапии у госпитализированных пациентов должны быть предприняты максимальные усилия, направленные на установление этиологии ВП с последующей деэскалацией АБТ и назначением препаратов, наиболее активных в отношении выявленного возбудителя

### **Респираторная поддержка**

ОДН является ведущей причиной летальности пациентов с ВП, в связи с чем адекватная респираторная поддержка – важнейший компонент лечения данной группы пациентов .

. При проведении респираторной поддержки больным ВП рекомендуется поддерживать целевые значения SpO<sub>2</sub> 92-96% и PaO<sub>2</sub> 65-80 мм рт.ст. (для пациентов с ХОБЛ и другими хроническими респираторными заболеваниями – SpO<sub>2</sub> 88-92% и PaO<sub>2</sub> 55-80 мм рт. ст.) для уменьшения летальности . При SpO<sub>2</sub> < 90% или PaO<sub>2</sub> в артериальной крови < 60 мм рт. ст. в качестве терапии первой линии рекомендовано проведение стандартной оксигенотерапии.

. У пациентов с ТВП и гипоксемией и/или видимой работой дыхания на фоне стандартной оксигенотерапии рекомендовано применение высокопоточной оксигенотерапии (ВПО) или НИВЛ с целью уменьшения частоты интубации трахеи и увеличения выживаемости.

У пациентов с ВП в качестве показаний для интубации трахеи рекомендуется рассматривать: гипоксемию

### **Неантибактериальная терапия**

В качестве перспективных средств адъювантной теарпии ВП рассматриваются кортикостероиды системного действия (гидрокортизон), внутривенные иммуноглобулины (ИГ), некоторые иммуностимуляторы – филграстим (ГКСФ), молграмостим (ГМКСФ), статины.

. Назначение #гидрокортизона в дозе 200-300 мг/сутки в/в рекомендуется пациентам с ВП, осложненной СШ длительностью < 1 сут., рефрактерном СШ или необходимости использования норэпинефрина в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин с целью улучшение прогноза.

Среди предлагаемых режимов обоснованным выглядит инфузионный путь введения гидрокортизона со скоростью 10 мг/час после нагрузочной дозы 100 мг . Через 2 дня необходимо оценить эффект от включения кортикостероидов системного действия в схему терапии ТВП; длительность их назначения не должна превышать 7 дней .

. Рутинное использование кортикостероидов системного действия у пациентов с ВП без СШ не рекомендуется

Рутинное применение иммуноглобулинов у пациентов с ТВП,

осложненной сепсисом не рекомендуется как стандартизированный подход к терапии у этой когорты пациентов

- Рутинное назначение гранулоцитарных или гранулоцитарно-макрофагальных колониестимулирующих факторов (ГКСФ/ ГМКСФ) при ВП на основании клинических критериев сепсиса для повышения выживаемости не рекомендуется .

При ВП повышается риск системных тромбоэмболий. С целью профилактики на весь период ограниченной двигательной активности (постельный режим) возможное назначение препаратов группы гепарина или самого нефракционированного гепарина натрия в профилактических дозах .

- При ВП у госпитализированных пациентов по показаниям рекомендуется назначение парацетамола или нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (НПВП) – ибупрофен и др. с симптоматической целью для достижения жаропонижающего и анальгетического эффектов.

- При ВП назначение муколитических препаратов рутинно не рекомендуется в связи с отсутствием

Среди муколитических препаратов наиболее востребованы при ВП ацетилцистеин и амброксол, доступные в разных лекарственных формах (прием внутрь, парентеральное и ингаляционное применение). Каких-либо данных, основанных на РКИ и свидетельствующих о преимуществах применения того или иного муколитического препарата при ВП нет.

### **Немедикаментозное лечение**

- Всем пациентам с ВП рекомендуется временное ограничение чрезмерной физической нагрузки, потребление жидкости в достаточном объеме, курящим - прекращение курения.

Список использованной литературы:

Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых -2024г.»