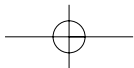
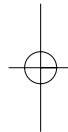
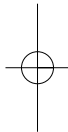


# Схемы лечения Инфекции





# Схемы лечения Инфекции

Под редакцией  
С. В. Яковлева



Москва  
Издательство «Литтерра»  
2005

УДК 616.98-08  
ББК 55.14  
С92

Редактор-составитель *Николаев А. П.*

**Схемы лечения. Инфекции** / Под ред. С. В. Яковлева. — М.: Литтерра, 2005. — 288 с. — (Серия «Схемы лечения»).

ISBN 5-98216-034-2

Настоящее издание представляет собой компактный справочник серии «Схемы лечения» для практикующих врачей по современной антимикробной терапии. Редактор книги — один из крупнейших отечественных специалистов в этой области — профессор С. В. Яковлев.

Справочник содержит общие принципы и современные схемы лечения наиболее распространенных заболеваний, требующих проведения антимикробной терапии. Все заболевания расположены в алфавитном порядке. Простота изложения материала способствует удобству использования справочника на практике при выборе схемы лечения конкретного заболевания.

*Справочник предназначен для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, а также студентов и ординаторов медицинских вузов.*

УДК 616.98-08  
ББК 55.14

ISBN 5-98216-034-2

© Оформление, оригинал-макет.  
ЗАО «Издательство «Литтерра»,  
2005.

# Содержание

О справочнике .....	15
Аборт. Инфекционные осложнения .....	17
Абсцессы .....	18
Абсцесс мозга бактериальный .....	19
Амебиаз .....	22
Амебиаз кишечный инвазивный .....	23
Амебный абсцесс печени .....	23
Цистоносительство .....	23
Артрит инфекционный .....	24
Артрит гонококковый .....	24
Артрит инфекционный хронический .....	25
Артрит негонококковый (гнойный) .....	25
Артрит кандидозный .....	26
Аспергиллез аллергический бронхолегочный .....	27
Аспергиллез инвазивный .....	27
Аспергиллез головного мозга инвазивный .....	28
Аспергиллез легких, придаточных пазух носа инвазивный .....	28
Аспергиллез легких хронический некротизирующий .....	31
Аспергиллома .....	31
Блефариты .....	33
Блефарит демодекозный .....	33
Блефарит язвенный .....	34
Бронхит острый .....	35
Бронхит хронический. Обострение хронического бронхита .....	36

Осложненный хронический бронхит.....	37
Простой хронический бронхит.....	38
Хроническая бронхиальная инфекция (тяжелый хронический бронхит).....	39
<b>Бруцеллез.....</b>	<b>42</b>
<b>Бурсит инфекционный.....</b>	<b>44</b>
<b>Воспалительные заболевания органов малого таза.....</b>	<b>45</b>
<b>Вульвовагинит кандидозный.....</b>	<b>47</b>
Вульвовагинит кандидозный острый и хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит в период обострения.....	48
Вульвовагинит кандидозный острый у беременных.....	49
<b>Геликобактериальная инфекция (заболевания, вызываемые <i>Helicobacter pylori</i>)....</b>	<b>51</b>
<b>Гельминтозы.....</b>	<b>54</b>
Аскаридоз.....	54
Дифиллоботриоз.....	55
Трихинеллез.....	56
Энтеробиоз.....	57
<b>Гепатиты вирусные.....</b>	<b>58</b>
Гепатит А острый вирусный.....	58
Гепатит В острый вирусный.....	59
Гепатит В хронический.....	59
Гепатит С острый вирусный.....	60
Гепатит С хронический.....	61
Гепатит В + D острый вирусный.....	61
Гепатит D хронический.....	61
Гепатит E острый вирусный.....	62
<b>Гидраденит.....</b>	<b>62</b>
<b>Грипп и другие ОРВИ.....</b>	<b>64</b>

<b>Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения .....</b>	<b>69</b>
<b>Дифтерия .....</b>	<b>70</b>
<b>Инфекции абдоминальные хирургические .....</b>	<b>71</b>
<b>Инфекции абдоминальные хирургические, неосложненные .....</b>	<b>72</b>
Абсцесс печени (бактериальной этиологии) .....	72
Аппендицит острый (без перитонита) .....	73
Дивертикулит толстой кишки, требующий оперативного вмешательства .....	74
Повреждение толстой кишки .....	75
Ранения брюшной полости проникающие (в первые 12 часов после травмы) .....	76
Холецистит/холангит острый .....	76
Язвы прободные гастродуоденальные (в первые 6 часов после прободения) .....	77
<b>Инфекции абдоминальные хирургические, осложненные .....</b>	<b>81</b>
Панкреонекроза стерильные и инфицированные формы, панкреатогенный абсцесс .....	81
Перитонит/абсцесс распространенный .....	83
<b>Инфекции герпетические .....</b>	<b>86</b>
<b>Инфекции раневые .....</b>	<b>89</b>
Послеоперационные гнойные раны мягких тканей .....	91
Посттравматические гнойные раны мягких тканей .....	94
<b>Инфекции, связанные с катетеризацией сосудов (ИСКС) .....</b>	<b>95</b>
<b>Инфекционные заболевания наружных половых органов и влагалища (вульвовагинальная инфекция) .....</b>	<b>97</b>

Бактериальный вагиноз .....	97
Кандидозный вульвовагинит (КВ).....	98
Трихомонадный вульвовагинит.....	100
<b>Инфекция гонококковая .....</b>	<b>101</b>
Гонорея аноректальная.....	101
Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений .....	102
Гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, гонорея органов малого таза и других мочеполовых органов, диссеминированная гонококковая инфекция .....	102
Инфекция глаз гонококковая .....	103
Фарингит гонококковый .....	103
<b>Инфекция менингококковая .....</b>	<b>105</b>
<b>Инфекция протезированного сустава .....</b>	<b>106</b>
<b>Инфекция цитомегаловирусная.....</b>	<b>107</b>
<b>Кандидемия и острый диссеминированный кандидоз.....</b>	<b>111</b>
<b>Кандидоз инвазивный .....</b>	<b>113</b>
Антифунгальная профилактика.....	114
Эмпирическая антифунгальная терапия .....	115
<b>Кандидоз кожи.....</b>	<b>117</b>
<b>Кандидоз кожи и слизистых оболочек хронический.....</b>	<b>118</b>
<b>Кандидоз мочевыводящих путей.....</b>	<b>118</b>
Бессимптомная кандидурия у пациентов без факторов риска развития острого диссеминированного кандидоза.....	119
<b>Кандидоз пищевода .....</b>	<b>119</b>
<b>Кандидоз полости рта.....</b>	<b>120</b>



<b>Кандидоз хронический диссеминированный (гепатолиенальный) .....</b>	<b>122</b>
<b>Кератит бактериальный .....</b>	<b>123</b>
Язва роговицы, вызванная синегнойной палочкой.....	123
Язва роговицы, вызванная гонококком.....	123
Язва роговицы, вызванная стафилококком.....	124
<b>Кератит герпетический.....</b>	<b>125</b>
<b>Кератиты грибковые (кератомикозы).....</b>	<b>126</b>
<b>Конъюнктивиты бактериальные.....</b>	<b>127</b>
Острый конъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой.....	128
<b>Конъюнктивиты вирусные.....</b>	<b>129</b>
<b>Конъюнктивиты хламидийные.....</b>	<b>131</b>
Хламидийный конъюнктивит взрослых (паратрахома)..	131
Хламидийный конъюнктивит новорожденных.....	132
Эпидемический хламидийный конъюнктивит .....	132
<b>Криптококкоз.....</b>	<b>133</b>
Внелегочный, неменингеальный криптококкоз .....	133
Менингит криптококковый.....	134
Пневмония криптококковая.....	135
<b>Лейшманиоз висцеральный .....</b>	<b>137</b>
<b>Лептоспироз .....</b>	<b>137</b>
<b>Лимфаденит .....</b>	<b>138</b>
<b>Лимфангит.....</b>	<b>139</b>
<b>Липома нагноившаяся.....</b>	<b>140</b>
<b>Листерииоз .....</b>	<b>141</b>
<b>Лишай отрубевидный.....</b>	<b>142</b>
<b>Лямблиоз .....</b>	<b>142</b>
<b>Малярия.....</b>	<b>145</b>

<b>Мастит</b> .....	<b>149</b>
Абсцедирующая форма.....	149
Инфекция, вызванная оксациллинорезистентными стафилококками.....	150
Серозная и инфильтративная формы.....	150
<b>Менингит бактериальный</b> .....	<b>151</b>
Эмпирическая антимикробная терапия.....	152
Этиотропная антибиотикотерапия.....	154
Сопутствующее лечение.....	159
Профилактика бактериальных менингитов.....	159
<b>Менингит кандидозный</b> .....	<b>161</b>
<b>Менингиты вирусные</b> .....	<b>162</b>
Энтеровирусная инфекция (ЭВ).....	162
Эпидемический паротит (ЭП).....	163
<b>Менингоэнцефалиты вирусные</b> .....	<b>163</b>
<b>Микоз волосистой части головы</b> .....	<b>164</b>
<b>Микоз гладкой кожи, кистей и стоп</b> .....	<b>165</b>
<b>Онихомикоз</b> .....	<b>167</b>
<b>Онихомикоз кандидозный</b> .....	<b>168</b>
<b>Остеомиелит</b> .....	<b>169</b>
Вторичный остеомиелит у пациентов без сосудистых поражений.....	169
Вторичный остеомиелит у пациентов с поражениями сосудов.....	170
Гематогенный остеомиелит (включая остеомиелит позвоночника).....	170
Хронический остеомиелит.....	172
<b>Остеомиелит кандидозный</b> .....	<b>172</b>
<b>Отит наружный</b> .....	<b>173</b>
Наружный диффузный отит.....	173
Наружный ограниченный отит.....	174

<b>Отит острый средний</b> .....	<b>175</b>
<b>Панариций</b> .....	<b>179</b>
<b>Парапроктит</b> .....	<b>180</b>
<b>Паратифы А и В</b> .....	<b>182</b>
<b>Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс</b> .....	<b>182</b>
<b>Паронихия кандидозная</b> .....	<b>184</b>
<b>Перитонит кандидозный</b> .....	<b>184</b>
<b>Пиелонефрит острый гнойный</b> .....	<b>185</b>
<b>Пиелонефрит хронический</b> .....	<b>186</b>
Внебольничное обострение хронического пиелонефрита (амбулаторные больные) .....	188
Внебольничное обострение хронического пиелонефрита (госпитализированные больные, тяжелое течение) .....	189
Госпитальный пиелонефрит .....	189
Особенности антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита у беременных .....	190
Пиелонефрит, развившийся в отделении интенсивной терапии .....	190
<b>Пневмония внебольничная</b> .....	<b>191</b>
Нетяжелая пневмония у пациентов до 65 лет без сопутствующих заболеваний .....	192
Нетяжелая пневмония у пациентов старше 65 лет и/или с сопутствующими заболеваниями .....	193
Внебольничная пневмония у беременных .....	194
Нетяжелая пневмония .....	194
Осложненная внебольничная пневмония (деструкция, абсцедирование, эмпиема) .....	195
Тяжелая пневмония .....	197
<b>Пневмония госпитальная</b> .....	<b>198</b>
Аспирационная пневмония .....	199

В ОРИТ пневмония на фоне искусственной вентиляции легких или риск <i>P. aeruginosa</i> .....	200
Вне ОРИТ пневмония у пациентов, не получавших антибиотики.....	201
Вне ОРИТ пневмония у пациентов, получавших антибиотики.....	202
<b>Пневмония кандидозная .....</b>	<b>202</b>
Первичная кандидозная пневмония.....	202
Вторичная пневмония вследствие гематогенной диссеминации.....	203
<b>Пневмоцистоз .....</b>	<b>203</b>
<b>Пролежни .....</b>	<b>204</b>
<b>Простатит бактериальный.....</b>	<b>207</b>
Острый бактериальный простатит .....	208
Хронический бактериальный простатит.....	209
<b>Ретинит, эндофталмит кандидозный.....</b>	<b>211</b>
<b>Рожа .....</b>	<b>211</b>
Неосложненная рожа .....	212
Тяжелая или осложненная рожа.....	212
<b>Сибирская язва .....</b>	<b>215</b>
Ингаляционная форма сибирской язвы (спорадические случаи).....	215
Кожная форма сибирской язвы (спорадические случаи).....	216
Легочная форма сибирской язвы (массовое заражение).....	217
<b>Синусит .....</b>	<b>218</b>
Обострение хронического синусита .....	220
Острый синусит.....	221
<b>Сифилис.....</b>	<b>222</b>
Первичный сифилис .....	222
Вторичный и ранний скрытый сифилис .....	223

Третичный и скрытый поздний сифилис .....	223
Висцеральный сифилис .....	225
Нейросифилис .....	225
<b>Тиф брюшной .....</b>	<b>233</b>
<b>Тонзиллит и фарингит.....</b>	<b>234</b>
Острый стрептококковый (БГСА) тонзиллит/фарингит .....	234
Рецидивирующий БГСА-тонзиллит/фарингит.....	236
<b>Трихомониаз урогенитальный .....</b>	<b>236</b>
Рецидивирующая трихомонадная инфекция .....	237
<b>Туляремия .....</b>	<b>238</b>
<b>Укусы, инфекционные осложнения.....</b>	<b>239</b>
<b>Уретрит .....</b>	<b>240</b>
Герпетический уретрит.....	240
Гонорейный уретрит .....	241
Кандидозный уретрит .....	241
Негонококковый уретрит, эмпирическая терапия .....	242
Хламидийный уретрит.....	242
<b>Флегмона .....</b>	<b>245</b>
<b>Фурункулы, карбункулы .....</b>	<b>247</b>
<b>Хламидиоз урогенитальный .....</b>	<b>249</b>
<b>Холера .....</b>	<b>250</b>
<b>Цистит .....</b>	<b>253</b>
Госпитальный острый цистит .....	253
Острый цистит.....	254
Рецидивирующий цистит .....	255
<b>Чума.....</b>	<b>257</b>
<b>Шигеллез .....</b>	<b>259</b>
<b>Эндокардит инфекционный .....</b>	<b>261</b>

Эндокардит, перикардит и флебит кандидозный .....	267
Эндометрит послеродовый .....	267
Эндофтальмиты .....	268
Эризипеллоид .....	269
Алфавитный указатель .....	277

## **Реферативные обзоры**

Зитролид — новый антибактериальный препарат в лечении обострений хронического обструктивного бронхита .....	40
Сультасин .....	78
Место циклоферона в клинической практике .....	270

## О справочнике

Вы держите в руках первый справочник серии «Схемы лечения».

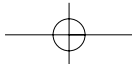
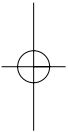
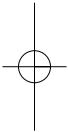
Настоящее издание представляет собой компактный справочник для практикующих врачей по современной антимикробной терапии. Редактор книги — один из крупнейших отечественных специалистов в этой области — профессор С. В. Яковлев.

Отличительными особенностями справочника являются лаконичное изложение и широкий тематический охват. Справочник содержит общие принципы и современные схемы лечения наиболее распространенных заболеваний, требующих проведения антимикробной терапии. Все заболевания расположены в алфавитном порядке. Простота изложения материала способствует удобству использования справочника на практике при выборе схемы лечения конкретного заболевания. В конце справочника имеется алфавитный указатель заболеваний.

Справочник не ставит перед собой цель навязывать какие-либо советы лечащим врачам и наставлять их, они сами определяют приемлемый подход к лечению. Однако нередко возникают ситуации, когда типичные подходы не «работают» и приходится использовать альтернативные схемы лечения. В таких случаях справочник будет служить хорошим подспорьем для врача. Тем не менее, в сложных ситуациях книга не заменит консультацию опытного профессионала, специалиста в антимикробной терапии.

Данный справочник будет полезен врачам общей практики, терапевтам, педиатрам, а также студентам и ординаторам медицинских вузов.

В настоящее время к печати готовятся еще два справочника этой серии: «Схемы лечения. Ревматология» и «Схемы лечения. Пищеварение».





# А

## Аборт. Инфекционные осложнения

### Общие принципы лечения

Длительность антибактериальной терапии составляет не менее 7 дней; при тяжелых формах — до 14 дней. Помимо проводимой антибактериальной терапии во всех случаях показан кюретаж матки с целью удаления остатков плодного яйца.

**При выявлении *C. perfringens*** назначается бензилпенициллин в больших дозах — 18–24 млн ЕД в сутки (6 введений). Гистерэктомия показана при:

- неэффективности проводимой терапии;
- перфорации матки;
- наличии абсцессов в малом тазу;
- некротическом миометрите (обусловленном *Clostridium perfringens*).

### ЛС выбор<sup>1</sup>

Амоксициллин/ клавуланат	в/в по 1,2 г 3–4 р/сут или Ампициллин/сульбактам по 3 г 4 р/сут + Доксициклин в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут
-----------------------------	---

<sup>1</sup> Через 24–48 часов после клинического улучшения возможен переход на пероральный прием препаратов.

<b>Ампициллин/сульбактам<sup>1</sup></b>	в/в по 3 г 4 р/сут + <b>Доксициклин</b> в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут
<b>Пиперациллин/тазобактам</b>	по 3,375 г 4 р/сут (или 4,5 г 3 р/сут) + <b>Доксициклин</b> в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут или <b>Тикарциллин/клавуланат</b> по 3,2 г 3–4 р/сут
<b>Имипенем</b>	по 0,5 г 3–4 р/сут или + <b>Доксициклин</b> в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут
<b>Меропенем</b>	по 0,5 г 3–4 р/сут + <b>Доксициклин</b> в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут

### Альтернативные ЛС<sup>2</sup>

<b>Цефуроксим</b>	в/в по 1,5 г 3 р/сут или <b>Цефтриаксон</b> в/в по 2 г 1 р/сут или <b>Цефотаксим</b> в/в по 2 г 3 р/сут + <b>Доксициклин</b> в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Гентамицин</b>	в/в или в/м 5–6 мг/кг 1 р/сут + <b>Клиндамицин</b> в/в по 900 мг 3 р/сут
<b>Метронидазол</b>	в/в по 500 мг 3 р/сут + <b>Офлоксацин</b> в/в по 400 мг 2 р/сут

## Абсцессы

### Общие принципы лечения

При подкожных и внутримышечных абсцессах антимикробная терапия назначается эмпирически.

Длительность антимикробной терапии при локальном гнойном процессе составляет 3–5 дней (при условии хирургического лечения), а при осложненном течении может составлять более 5 дней.

<sup>1</sup> Для ампициллина/сульбактама — при улучшении состояния возможен переход на в/м введение.

<sup>2</sup> Через 24–48 часов после клинического улучшения возможен переход на пероральный прием препаратов.

**ЛС выбора**

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г или внутрь по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в или в/м по 1,5–3 г 3–4 р/сут
<b>Оксациллин</b>	в/в или в/м по 1 г 4 р/сут
<b>Цефазолин</b>	в/в или в/м по 1 г 2–3 р/сут

**Альтернативные ЛС**

<b>Клиндамицин</b>	внутри по 0,3 г 4 р/сут или в/в, в/м по 0,45–0,6 г 3 р/сут
<b>Линкомицин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут или в/в, в/м по 0,6 г 3 р/сут

**При выделении метициллинорезистентных стафилококков**

<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 7–10 дн
<b>Линезолид</b>	внутри по 0,6 г 2 р/сут 7–10 сут

# Абсцесс мозга бактериальный

А

**Эмпирическая антимикробная терапия**

Должна начинаться сразу после диагностики абсцесса в зависимости от его предполагаемого источника.

**Средний отит или мастоидит**

<b>Бензилпенициллин<sup>1</sup></b>	в/в 24 млн ЕД/сут каждые 4 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч
-------------------------------------	---

<sup>1</sup> Вне отделений реанимации и интенсивной терапии.

<b>Цефотаксим<sup>1</sup></b>	в/в 12 г/сут каждые 4–6 ч или <b>Цефтриаксон</b> в/в 4 г в сутки, разделенные на 2 введения, или <b>Цефепим</b> в/в 6 г в сутки, разделенные на 3 введения + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч
-------------------------------	--

### Синусит

<b>Цефотаксим</b>	в/в 12 г/сут каждые 4–6 ч или <b>Цефтриаксон</b> в/в 4 г в сутки каждые 12 ч) + <b>Ванкомицин</b> в/в 2 г каждые 2 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч
<b>Цефепим</b>	в/в 6 г/сут каждые 8 ч + <b>Ванкомицин</b> в/в 2 г каждые 2 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч
<b>Меропенем</b>	в/в 6 г/сут каждые 8 ч + <b>Ванкомицин</b> в/в 2 г каждые 2 ч

### Одонтогенный сепсис

<b>Бензилпенициллин<sup>2</sup></b>	в/в 24 млн ЕД/сут каждые 4 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут через 6 ч
<b>Цефепим<sup>1</sup></b>	в/в 6 г/сут каждые 8 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч
<b>Меропенем<sup>1</sup></b>	в/в 6 г/сут каждые 8 ч

### Врожденные заболевания сердца

<b>Бензилпенициллин<sup>2</sup></b>	в/в 24 млн ЕД/сут каждые 4 ч
<b>Цефепим<sup>1</sup></b>	в/в 6 г/сут каждые 8 ч
<b>Цефотаксим<sup>1</sup></b>	в/в 12 г/сут каждые 4–6 ч
<b>Цефтриаксон<sup>1</sup></b>	в/в 4 г/сут каждые 12 ч

### Бактериальный эндокардит

<b>Ванкомицин</b>	в/в 2 г/сут каждые 12 ч. (+/- эндолюмбально 5–20 мг каждые 24 ч) +/- <b>Гентамицин</b> 7,5 мг/кг/сут каждые 8 ч
-------------------	---

<sup>1</sup> Как вне, так и в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

<sup>2</sup> Вне отделений реанимации и интенсивной терапии.

<b>Оксациллин</b>	в/в 12 г/сут каждые 4 ч +/- <b>Ампициллин</b> в/в 12 г/сут каждые 4 ч +/- <b>Гентамицин</b> 7,5 мг/кг/сут каждые 8 ч
-------------------	--

### Абсцесс легкого, эмпиема плевры, бронхоэктазы

<b>Бензилпенициллин<sup>1</sup></b>	в/в 24 млн ЕД/сут каждые 6 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Ко-тримоксазол</b> в/в 10 мг/кг/сут (по триметоприму) каждые 12 ч
<b>Цефотаксим<sup>2</sup></b>	в/в 12 г/сут каждые 4–6 ч или <b>Цефтриаксон</b> в/в 4 г/сут каждые 12 ч, разделенные на 2 введения, или <b>Цефепим</b> в/в 6 г/сут каждые 8 ч + <b>Метронидазол</b> 30 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Ко-тримоксазол</b> в/в 10 мг/кг/сут (по триметоприму) каждые 12 ч

## Этиотропная терапия

Этиотропная терапия абсцесса головного мозга осуществляется по тем же принципам, что и бактериального менингита.

Большинству больных требуется хирургическое лечение — аспирация абсцессов с помощью стереотаксической техники под контролем КТ.

### Продолжительность антимикробной терапии

Антибиотики вводят парентерально в течение 4–6 недель, затем (при необходимости) — внутрь. После хирургического лечения абсцессов продолжительность антибиотикотерапии может быть меньше (3–4 недели).

При абсцессах, вызванные *Nocardia spp.*, необходимо применение антибиотиков в течение 3–12 месяцев.

<sup>1</sup> Вне отделений реанимации и интенсивной терапии.

<sup>2</sup> Как вне, так и в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

*Nocardia asteroides*

## ЛС выбора

<b>Ко-тримоксазол</b>	в/в или внутрь 800 мг (по триметоприму) 2–3 р/сут
-----------------------	---

## Альтернативные ЛС

<b>Амикацин</b>	в/в 7,5 мг/кг каждые 12 ч (+/– эндолюмбально 5–7,5 мг каждые 24 ч) + <b>Ко-тримоксазол</b> в/в по 1 г каждые 12 ч
<b>Амикацин</b>	в/в 7,5 мг/кг каждые 12 ч (+/– эндолюмбально 5–7,5 мг каждые 24 ч) + <b>Цефтриаксон</b> в/в 2 г каждые 12 ч
<b>Амикацин</b>	в/в 7,5 мг/кг каждые 12 ч (+/– эндолюмбально 5–7,5 мг каждые 24 ч) + <b>Меропенем</b> в/в 2 г каждые 8 ч

## Амебиаз

### Общие принципы лечения

Все ЛС, применяемые для лечения амебиаза, можно разделить на две группы: «просветные» амебоциды (воздействуют на просветные формы амеб) и системные тканевые амебоциды. Для лечения неинвазивного амебиаза (бессимптомных «носителей») используют просветные амебоциды; их также назначают после завершения терапии тканевыми амебоцидами для элиминации просветных форм амеб, способных привести к развитию рецидива заболевания. При инвазивном кишечном амебиазе и абсцессах любой локализации назначают системные тканевые амебоциды.

## Амебиаз кишечный инвазивный

### ЛС выбора

<b>Метронидазол</b>	внутри по 10 мг/кг 3 р/сут 5–10 сут
---------------------	-------------------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Орнидазол</b>	внутри 30 мг/кг 1 р/сут 3 сут
------------------	-------------------------------

<b>Тинидазол</b>	внутри 30 мг/кг 1 р/сут 3 сут
------------------	-------------------------------

<b>Тетрациклин</b>	внутри по 250 мг 4 р/сут 15 сут
--------------------	---------------------------------

<b>Дегидроэметин</b>	в/м или п/к 1–1,5 мг/кг/сут (не более 90 мг) 5 сут
----------------------	---

## Амебный абсцесс печени

### ЛС выбора

<b>Метронидазол</b>	внутри по 10 мг/кг 3 р/сут 8–10 сут
---------------------	-------------------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Дегидроэметин</b>	в/м или п/к 1–1,5 мг/кг/сут (не более 90 мг) 5 сут + <b>Тинидазол</b> внутри 30 мг/кг 1 р/сут 5–10 сут
----------------------	---

<b>Хлорохина фосфат</b>	внутри по 600 мг/сут — 2 сут, затем по 300 мг/сут — 14 сут
-------------------------	---

## Цистноносительство

### ЛС выбора

<b>Дилосанида фуроат</b>	внутри по 500 мг 3 р/сут 10 сут
--------------------------	---------------------------------

<b>Паромомицин</b>	внутри по 10 мг/кг 3 р/сут 10 сут
--------------------	-----------------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Этофамид</b>	внутри по 10 мг/кг 2 р/сут 5–7 сут
-----------------	------------------------------------

<b>Метронидазол</b>	внутри по 10 мг/кг 3 р/сут 5–10 сут
---------------------	-------------------------------------

<b>Тетрациклин</b>	внутри по 250 мг 4 р/сут 5–10 сут
--------------------	-----------------------------------

## Хирургическое лечение

Показания к аспирации (или чрескожному дренированию) абсцесса печени:

- размеры > 5 см;
- локализации в левой доле или высоко в правой доле печени;
- сильная боль в животе и напряжение передней брюшной стенки;
- угроза разрыва абсцесса;
- отсутствие эффекта от химиотерапии в течение 48 ч.

## Артрит инфекционный

### Общие принципы лечения

Тактика заключается в проведении антимикробной терапии, симптоматическом лечении, дренаже внутрисуставной жидкости и физиотерапии. Антибиотики сначала выбирают исходя из данных о предположительной этиологии заболевания в определенной возрастной группе, а в дальнейшем — в соответствии с результатами определения чувствительности выделенного возбудителя к антимикробным препаратам.

### Артрит гонококковый

ЛС выбора

<b>Цефотаксим</b>	в/в по 1 г 3 р/сут (детям с массой тела менее 50 кг 50–180 мг/кг/сут) 7–10 сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в по 1 г 1 сут (детям 50 мг/кг/сут) 7–10 сут



Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Спектиномицин</b>	в/м по 2 г 2 р/сут (детям 40 мг/кг/сут)
----------------------	---

## Артрит инфекционный хронический

Необходимо проведение специфической противотуберкулезной или противогрибковой терапии.

Немедикаментозное лечение включает снижение весовой нагрузки на сустав, но иммобилизация сустава должна быть ограничена пределами симптоматики.

Показаниями к оперативному вмешательству (вскрытие сустава) являются:

- медленный ответ на антимикробную терапию;
- неэффективность повторных аспираций внутрисуставной жидкости иглой или невозможность дренирования сустава иглой;
- инфекция протезированного сустава;
- прогрессирование заболевания и некроз хрящевой ткани;
- инфекция, вызванная грамотрицательными аэробными бактериями.

## Артрит негонококковый (гнойный)

Новорожденные до 3 месяцев

<b>Ванкомицин</b>	в/в 40–60 мг/кг/сут в 4 введения или <b>Оксациллин</b> 50–100 мг/кг/сут в 4 введения + <b>Гентамицин</b> по 2,5 мг/кг 3 р/сут
<b>Оксациллин</b>	50–100 мг/кг/сут в 4 введения + <b>Цефотаксим</b> 50 мг/кг каждые 6 ч или <b>Цефтриаксон</b> 50–75 мг/кг
<b>Цефуросим</b>	в/в по 150 мг/кг 2 р/сут в 3 введения

<sup>1</sup> При аллергии на цефалоспорины.

**Дети до 14 лет**

<b>Ванкомицин</b>	в/в 40 мг/кг/сут в 2 введения, но не более 2 г/сут или <b>Оксациллин</b> в/в по 25 мг/кг 4 р/сут + <b>Цефтриаксон</b> в/в 50 мг/кг, но не более 2 г/сут 14–21 сут
-------------------	---

**Возраст 15–40 лет**

<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 3–4 нед
<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 4–6 р/сут 3–4 нед

**Возраст старше 40 лет**

<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 4–6 р/сут + <b>Цефтриаксон</b> по 1–2 г 2 р/сут или <b>Ципрофлоксацин</b> в/в по 0,4 г 2 р/сут
-------------------	---

# Артрит кандидозный

## Общие принципы лечения

Внутрисуставное введение амфотерицина В не рекомендуется. Обязательными являются хирургическое удаление пораженных тканей, удаление протеза, адекватное дренирование пораженного сустава.

**ЛС выбора**

<b>Амфотерицин В</b>	0,5–1 мг/кг/сут 2–3 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 6 мг/кг/сут 6–12 мес
<b>Амфотерицин В</b>	0,5–1 мг/кг/сут 6–10 нед
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг) каждые 12 ч
<b>Каспофунгин</b>	по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут каждые 12 ч
<b>Флуконазол</b>	6 мг/кг/сут каждые 12 ч 6–12 мес

## Аспергиллез аллергический бронхолегочный

### Общие принципы лечения

Купирование и профилактика БОС и эозинофильных пневмонитов проводятся с помощью глюкокортикостероидов. Применение антимикотиков (итраконазол) позволяет уменьшить дозу и длительность применения глюкокортикостероидов.

#### ЛС выбора

<b>Итраконазол</b>	по 200–400 мг/сут 2–4 мес после купирования БОС
<b>Преднизолон</b>	по 0,5 мг/кг/сут до купирования БОС и исчезновения инфильтративных изменений в легких при рентгенографии, затем снижение дозы и прием ЛС через день 3–6 мес

## Аспергиллез инвазивный

### Общие принципы лечения

ЛС выбора для лечения инвазивного аспергиллеза являются амфотерицин В и вориконазол. Итраконазол обычно назначается после стабилизации состояния пациента, амфотерицин В липосомальный — при наличии показаний (см. раздел «Кандидемия и острый диссеминированный кандидоз», с. 111).

A

Антифунгальную терапию продолжают до исчезновения клинических признаков заболевания, эрадикации возбудителя из очага инфекции, купирования или стабилизации радиологических признаков, а также завершения периода нейтропении.

## Аспергиллез головного мозга инвазивный

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	по $\geq 5$ мг/кг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг) каждые 12 ч

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол<sup>1</sup></b>	по 600 мг/сут 4 сут, затем по 400 мг/сут 2–6 мес
<b>Каспофунгин<sup>2</sup></b>	по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут

Показано также хирургическое удаление пораженных тканей.

## Аспергиллез легких, придаточных пазух носа инвазивный

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	по 1–1,5 мг/кг/сут до суммарной дозы 2–4 г
----------------------	--

<sup>1</sup> У клинически стабильных пациентов.

<sup>2</sup> При неэффективности или непереносимости перечисленных антимикотиков.

<b>Амфотерицин В</b>	по 1–1,5 мг/кг/сут до стабилизации состояния пациента, затем <b>Итраконазол</b> по 400 мг/сут 2–6 мес
<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	по 3–5 мг/кг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг) каждые 12 ч

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b> <sup>1</sup>	по 600 мг/сут 4 сут, затем по 400 мг/сут 2–6 мес
<b>Каспофунгин</b> <sup>2</sup>	по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут

Показано также хирургическое удаление пораженных тканей.

## Профилактика

Важными условиями снижения летальности от инвазивного аспергиллеза являются антифунгальная профилактика рецидива и эмпирическая антифунгальная терапия. Эффективность первичной антифунгальной профилактики не доказана. Профилактика рецидива проводится после достижения ремиссии при каждом последующем курсе цитостатической терапии.

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	по 1 мг/кг через сут с начала до завершения периода нейтропении ( $> 1 \times 10^9/\text{л}$ )
<b>Итраконазол</b>	По 400 мг/сут с начала цитостатической химиотерапии до завершения периода нейтропении ( $> 1 \times 10^9/\text{л}$ )

<sup>1</sup> У клинически стабильных пациентов.

<sup>2</sup> При неэффективности или непереносимости перечисленных антимикотиков.

**Гранулоцитарный или гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующие факторы** С начала до завершения периода нейтропении ( $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$ )

Показано также хирургическое удаление одиночных очагов поражения.

## Эмпирическая антифунгальная терапия

Проводится при лихорадке неясной этиологии, резистентной к адекватной терапии антибиотиками широкого спектра действия, продолжительностью более 4–6 суток у пациента с агранулоцитозом (нейтрофилы  $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$ ).

Эмпирическая антифунгальная терапия может быть прекращена через семь дней после нормализации температуры тела, а также при завершении периода нейтропении ( $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$ ).

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	по 0,6–0,7 мг/кг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела $< 40$ кг) или 400 мг/сут (масса тела $> 40$ кг) каждые 12 ч
<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	по 1–3 мг/кг/сут

# Аспергиллез легких хронический некротизирующий

## ЛС выбора

<b>Итраконазол</b>	по 200–400 мг/сут 3–6 мес с повторными курсами лечения в дальнейшем
--------------------	---

## Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,6–1 мг/кг до суммарной дозы 1,5–2,5 г с повторными курсами лечения в дальнейшем
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг) каждые 12 ч

Показаны также хирургическое удаление очагов поражения, коррекция иммунного дефекта.

# Аспергиллома

## Общие принципы лечения

При бессимптомной аспергилломе показано наблюдение.

При развитии или высоком риске осложнений (повторное кровохарканье, легочное кровотечение, инвазивный рост при иммуносупрессии и пр.) рекомендуется хирургическое удаление аспергилломы с приемом амфотерицина В в периоде удаления аспергилломы (5–10 суток).

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	по 0,5–0,7 мг/кг/сут
----------------------	----------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В</b>	по 10–20 мг в 10–20 мл дистиллированной воды
<b>Итраконазол</b>	по 200 мг/сут 3 мес



# Б

## Блефариты

### Общие принципы лечения

Используют комплексные ЛС, содержащие противовоспалительные и антибактериальные ЛС (кортикостероид + антибиотик). Предпочтение отдается глазным мазям. Выбор лекарственной терапии и тактики лечения зависят от клинической формы блефарита.

### Блефарит демодекозный

Основная цель лечения — снизить уровень поражения клещами до субклинического и устранить сопутствующие проявления бактериального блефарита, мейбомита, конъюнктивита.

#### Гигиенический уход за веками

<b>Натрия хлорид,</b> 0,9% р-р	разбавляют в детском шампуне или в растворе 70% этилового спирта с эфиром, протирание тампоном 2 р/сут
-----------------------------------	--

Смазывание краев век глазной мазью.

В случае **мейбомита** целесообразно до обработки век проводить массаж век.

### ЛС выбора<sup>1</sup>

<b>Гидрокортизон, мазь 2,5%</b>	2 р/сут 2 нед
<b>Дексаметазон</b>	1 мг/г + <b>Неомицин 3,5 мг/г + Полимиксин В 6000 ЕД/г</b> (мазь) 2 р/сут 2 нед

### При стафилококковой инфекции

<b>Фузидиевая кислота 1% (гель)</b>	2 р/сут 2 нед
-------------------------------------	---------------

## Блефарит язвенный

Тщательная гигиена век. Корочки и отделяемое удаляют влажным ватным тампоном. При грубых корках их предварительно размягчают влажной примочкой или смазыванием краев век мазью. **Комплексная мазь** наносится на края век пальцем или стеклянной палочкой.

### ЛС выбора

<b>Дексаметазон 0,1%</b>	2 р/сут, 2–3 нед + <b>Гентамицин 0,3%</b> 2 р/сут, 2–3 нед
<b>Дексаметазон</b>	1 мг/г 2 р/сут, 2–3 нед + <b>Неомицин 3,5 мг/г</b> 2 р/сут, 2–3 нед + <b>Полимиксин В 6000 ЕД/г</b> 2 р/сут, 2–3 нед

### При явлениях конъюнктивита или краевого кератита дополнительно

<b>Фузидиевая кислота 1%</b>	2 р/сут 2 нед
------------------------------	---------------

При роговичной эпителиопатии или изъязвлении роговицы дополнительно назначают глазные капли с репаративным действием.

<sup>1</sup> Важно, чтобы перед сном края век были обильно покрыты мазью или гелем, это нарушает жизненный цикл клещей.

# Бронхит острый

## Общие принципы лечения

Основными инфекционными агентами, вызывающими острый бронхит, являются вирусы гриппа (тип А и В), парагриппа, риновирусы, коронавирусы, респираторно-синтициальный вирус. В большинстве случаев при неосложненном течении острого бронхита антимикробная терапия не показана. Эффективность назначения антибиотиков с целью предупреждения бактериальной инфекции больным острым бронхитом в настоящее время остается недоказанной. Проводится лишь симптоматическое лечение.

У некоторых категорий больных острым бронхитом возможно назначение антибиотиков. К ним относятся лица пожилого возраста с серьезной сопутствующей патологией и дети первых лет жизни. У этих пациентов повышен риск развития осложнений в виде пневмонии и обострений хронических заболеваний.

## У лиц пожилого возраста и детей первых лет жизни

### ЛС выбора

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Амоксициллин</i>	<i>внутрь 500 мг 3 р/сут</i>	<i>внутрь 20 мг/кг 3 р/сут</i>

### Альтернативные ЛС

<i>Цефаклор</i>	<i>внутрь 500 мг 3 р/сут</i>	<i>внутрь 20 мг/кг 3 р/сут</i>
<i>Цефуроксим ацетил</i>	<i>внутрь 500 мг 2 р/сут</i>	<i>внутрь 15–20 мг/кг 2 р/сут</i>

**Б**

## Подозрение на микоплазменную этиологию острого бронхита

### ЛС выбора

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Азитромицин</b>	внутри в 1-е сутки 500 мг, затем 250 мг 1 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 10 мг/кг в 1-е сутки, затем 5 мг/кг 1 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Джозамицин</b>	внутри 500 мг 3 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 10–15 мг/кг 3 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри 500 мг 1–2 р/сут в течение 5–7 дн	внутри детям 7,5 мг/кг 2 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Мидекамицин</b>	внутри 400 мг 3 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 10 мг/кг 3 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри 150 мг 2 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 3–4 мг/кг 2 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Спирамицин</b>	внутри 3 млн МЕ 2 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 375–750 тыс МЕ 2 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Эритромицин</b>	внутри 500 мг 4 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 15 мг/кг 3 р/сут в течение 5–7 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Доксициклин</b>	внутри 100 мг 2 р/сут
--------------------	-----------------------

# Бронхит хронический. Обострение хронического бронхита

## Общие принципы лечения

Основная цель антибактериальной терапии при обострении ХБ заключается в эрадикации возбудителя (возбудителей), этиологически ассоциированного с обострением заболевания.

В большинстве случаев лечение обострений ХБ проводится амбулаторно. Показаниями для госпитализации больных с обострением ХБ являются:

- пожилой возраст;
- выраженная дыхательная недостаточность;
- декомпенсация сопутствующей патологии;
- невозможность проведения адекватного амбулаторного лечения.

Выбор антибактериального препарата для лечения обострения ХБ осуществляется в большинстве случаев эмпирически. Обосновать выбор первоначального антибиотика позволяет клиническая ситуация с учетом факторов риска, возраста больных, функциональных показателей, свойств антибактериального препарата.

## Осложненный хронический бронхит

- Возраст старше 65 лет.
- Частота обострений более 4 раз в год.
- Увеличение объема и преобладание гнойной мокроты при обострениях.
- ОФВ<sub>1</sub> менее 50% от нормы.
- Частая сопутствующая патология.
- Более выраженные симптомы обострения.
- Основные этиологически значимые микроорганизмы: *H. influenzae* (возможна резистентность к аминопеницилинам), *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Enterobacteriaceae spp.* (*E. coli*, *K. pneumoniae* и др.).

ЛС выбора

Амоксициллин/  
клавуланат

внутри 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут 5–10 дн

Б

<b>Гатифлоксацин<sup>1</sup></b>	внутрь 400 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Левифлоксацин<sup>1</sup></b>	внутрь 500 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Моксифлоксацин<sup>1</sup></b>	внутрь 400 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутрь 500 мг 2 р/сут 5–10 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Доксициклин<sup>2</sup></b>	внутрь 100 мг 2 р/сут 10 дн
<b>Цефаклор<sup>3</sup></b>	внутрь 500 мг 3 р/сут 10 дн
<b>Цефиксим<sup>4</sup></b>	внутрь 400 мг 1 р/сут 10 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в или в/м 1 г 3 р/сут 7–10 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м 1 г 1 р/сут 7–10 дн

## Простой хронический бронхит

- Возраст пациентов менее 65 лет.
- Частота обострений менее 4 раз в год.
- Увеличение объема и преобладание гнойной мокроты при обострениях.
- ОФВ<sub>1</sub> более 50% от нормы.
- Основные этиологически значимые микроорганизмы: *H. influenzae* (резистентность к аминопенициллинам маловероятна), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин</b>	внутрь 500 мг 3 р/сут 7–10 дн
<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутрь 625 мг 3 р/сут или 1 г 2р/сут 7–10 дн

<sup>1</sup> Показана эффективность новых фторхинолонов в течение 5 дн.

<sup>2</sup> Следует учитывать возросшую устойчивость пневмококков.

<sup>3</sup> Слабая активность против гемофильной палочки.

<sup>4</sup> Слабая активность против стафилококков.

### При аллергии к бета-лактамам

<b>Азитромицин<sup>1</sup></b>	внутрь 500 мг в 1-е сутки, затем 250 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Гатифлоксацин<sup>1</sup></b>	внутрь 400 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Кларитромицин<sup>1</sup></b>	внутрь 500 мг 2 р/сут 5–10 дн
<b>Левифлоксацин<sup>1</sup></b>	внутрь 500 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Моксифлоксацин<sup>1</sup></b>	внутрь 400 мг 1 р/сут 5–10 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Доксициклин</b>	внутрь 100 мг 2 р/сут 7–10 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутрь 500 мг 2 р/сут 7–10 дн
<b>Джозамицин</b>	внутрь 500 мг 3р/сут 5–10 дн

## Хроническая бронхиальная инфекция (тяжелый хронический бронхит)

- Возраст любой.
- Постоянное выделение гнойной мокроты.
- Частая сопутствующая патология.
- Частое наличие бронхоэктазов.
- ОФВ<sub>1</sub> менее 50% от нормы
- Тяжелая симптоматика обострения, нередко с развитием острой дыхательной недостаточности.
- Основные этиологически значимые микроорганизмы: *H. influenzae*, *Enterobacteriaceae*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*.

### ЛС выбора

<b>Левифлоксацин</b>	внутрь 500 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутрь 400 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутрь 750 мг 2 р/сут 10–14 дн

<sup>1</sup> В контролируемых исследованиях показана эффективность новых фторхинолонов и азитромицина в течение 5 дн.

<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут 10–14 дн
<b>Цефтазидим</b>	в/в 2 г 3 р/сут 10–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут 10–14 дн

#### Альтернативные ЛС

<b>Имипенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 10–14 дн
<b>Меропенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 10–14 дн

## Реферативный обзор

### ➤ Зитролид — новый антибактериальный препарат в лечении обострений хронического обструктивного бронхита

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) занимает лидирующее положение в структуре хронических обструктивных болезней легких (более 90%). Наиболее частыми причинами обострения ХОБ являются *инфекция* трахеобронхиального дерева и *воздушные загрязнители* [1,2].

Антибактериальная терапия применяется только для лечения инфекционных обострений ХОБ.

В настоящее время для лечения ХОБ, особенно у больных с нетяжелыми обострениями, применяются макролиды. Среди этой группы препаратов выделяется азитромицин – безусловный лидер в ряду макролидов по способности проникновения в клетки.

В настоящее время для клинического применения после государственной экспертизы разрешен новый отечественный препарат Зитролид® ОАО «Отечественные лекарства» (Щелковский витаминный завод), выпускаемый в желатиновых капсулах, содер-



жащих 0,25 или 0,5 г азитромицина. Тест на биоэквивалентность Зитролида® оригинальному препарату Сумамед проведен в лаборатории фармакокинетики НТИЦ «Лекбиотех». Полученные значения относительной биодоступности двух тестируемых препаратов позволяют сделать вывод о биоэквивалентности капсул Зитролид оригинальному препарату.

Специалистами Казанского Государственного Медицинского Университета (пульмонологический центр г. Казани) под руководством профессора Р.Ф. Хамитова проводилось клиническое изучение препарата Зитролид в терапии обострений ХОБ.

В условиях стационарного отделения городской клинической больницы наблюдались 25 пациентов с неосложненным обострением ХОБ среднетяжелого течения.

Зитролид назначался в качестве первичного антибактериального препарата у 10 пациентов, тогда как у 15 – в качестве продолжения ранее неэффективной антимикробной терапии. Режим дозирования состоял из однократного перорального приема 500 мг препарата в 1-й день и по 250 мг/сут в последующие 4 дня. К концу этого периода у всех нормализовалась температура, не было пациентов, у которых сохранялись бы сильная выраженность кашля и одышки. Отмечалась достоверная динамика характера отделения мокроты: частота слизисто-гноной мокроты уменьшилась в 4,5 раза, у основной части трансформировавшись в слизистую. В 2 раза уменьшилось число пациентов с умеренной одышкой за счет снижения ее выраженности

Если перед началом лечения 70% больных расценивали свое состояние как неудовлетворительное, то спустя 5 дней лечения 18 пациентов сообщали об удовлетворительном самочувствии и 7 – трактовали его как хорошее.

Побочные эффекты в виде небольшого дискомфорта в животе отмечали 3 пациента. Данные проявления не послужили поводом для отмены лечения и прошли самостоятельно по завершению терапии.

Таким образом, Зитролид может эффективно использоваться в качестве антимикробного препарата в виде монотерапии при нетяжелых обострениях ХОБ. С учетом его режима дозирования и благоприятных ценовых характеристик, обеспечивающих высокую комплаентность в сравнении с зарубежными аналогами, препарат особенно привлекателен для амбулаторно-поликлинической сети.

#### Литература

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательство «Атмосфера», 2003. – 96 с.
2. *Страчунский Л.С., Козлов С.Н.* Макролиды в современной клинической практике. – Смоленск: «Русич», 1998. – С. 166–197.
3. *Хамитов Р.Ф.* Антибактериальная терапия хронического обструктивного бронхита. РМЖ. Т. 10, № 23, 2002.

## Бруцеллез

### Общие принципы лечения

Принципы и методы терапии зависят от клинической формы бруцеллеза.

Антимикробная терапия наиболее эффективна при остросептической форме бруцеллеза.

При хронических формах основное значение имеет вакциноterapia, антибиотики играют второстепенную роль.

При первично-латентных формах лечение не проводится.

## Профилактика

- Борьба с бруцеллезом сельскохозяйственных животных.
- Соблюдение мер профилактики при уходе за животными.
- Вакцинация и ревакцинация живой противобруцеллезной вакциной лиц, входящих в группу риска по бруцеллезу.

### ЛС выбора

<i>Доксициклин</i>	<i>внутрь по 100 мг 2 р/сут 1,5 мес + Стрептомицин в/м по 1 г/сут первые 15 дней 1,5 мес</i>
<i>Доксициклин</i>	<i>внутрь по 100 мг 2 р/сут 1,5 мес + Рифампицин внутрь 600–900 мг/сут в 1–2 приема 1,5 мес</i>

### Альтернативные ЛС

<i>Ко-тримоксазол</i>	<i>внутрь по 960 мг 2 р/сут 1,5 мес + Рифампицин внутрь по 10–20 мг/кг/сут (но не более 600 мг/сут) или Стрептомицин в/м по 1,0 г/сут 1,5 мес</i>
-----------------------	---

## Ошибки и необоснованные назначения

- Проведение коротких (менее 1,5 мес) или прерывистых курсов антибактериальной терапии.
- Проведение монотерапии.
- Проведение антибактериальной терапии при латентных формах.

# Бурсит инфекционный

## Общие принципы лечения

При остром бурсите в ранней стадии рекомендуется покой, давящая повязка, согревающие компрессы. При гнойном ИБ применяют лечение пункциями, а в случае прогрессирования процесса прибегают к вскрытию сумки и удалению гноя; гнойную рану лечат по общим правилам.

Для ускорения рассасывания экссудата широко применяются физиотерапевтические процедуры.

Пациентам, ослабленным сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, новообразования, ревматизм, болезни почек), нуждающимся в стероидной терапии, имеющим целлюлит с общими проявлениями (лихорадка), а также страдающим подтвержденной рентгенологически длительной суставной аномалией, необходима госпитализация и проведение парентеральной антимикробной терапии.

Пациентам с легким течением заболевания (локализованное воспаление бурсы при отсутствии целлюлита, лихорадки) можно назначать ЛС внутрь, если обеспечен адекватный дренаж экссудата.

При хроническом бурсите чаще прибегают к проколу сумки с удалением экссудата и последующим промыванием полости растворами антисептиков.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут не менее 3 нед
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в по 1,5–3 г 4 р/сут не менее 3 нед
<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно по 1 г 2 р/сут не менее 3 нед
<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 4–6 р/сут не менее 3 нед
<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 3 р/сут не менее 3 нед
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 0,4 г 2 р/сут + <b>Рифампицин</b> внутрь по 0,3 г 2 р/сут не менее 3 нед

# В

## Воспалительные заболевания органов малого таза

### Общие принципы лечения

Эмпирические схемы терапии ВЗОМТ должны обеспечивать эрадикацию широкого спектра возможных возбудителей, включая *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, энтеробактерии, грамположительные кокки, неспорообразующие облигатные анаэробы и т.д. В стационарных условиях антибактериальные препараты применяют парентерально, в амбулаторных — перорально. Госпитализация показана при следующих ситуациях:

- тяжелое состояние, тошнота, рвота,  $T \geq 38^\circ\text{C}$ ;
- tuboовариальный абсцесс;
- неэффективность или невозможность амбулаторного лечения;
- беременность;
- иммунодефицит (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т.д.);
- невозможность исключения острой хирургической патологии (внематочная беременность, аппендицит и т.д.).

## Амбулаторные больные

Целесообразно назначение пероральных антибиотиков. Длительность лечения обычно составляет 14 дней.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3р/сут (или по 1000 мг 2 р/сут) 14 дней + <b>Доксициклин</b> внутрь по 100 мг 2 р/сут 14 дней
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> внутрь по 500 мг 2 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/м 250 мг однократно или <b>Цефотаксим</b> в/м 500 мг однократно + <b>Доксициклин</b> внутрь по 100 мг 2 р/сут

## Госпитализированные больные

Предпочтительнее начинать лечение с парентеральных препаратов. Через 24–48 часов при достижении клинического эффекта можно перейти на пероральную терапию, которую следует продолжить до 14 дней.

При наличии тубоовариального абсцесса предпочтение отдается защищенным пенициллинам или линкозамидам, т.к. они обладают активностью против анаэробных микроорганизмов.

### ЛС выбора<sup>1</sup>

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут или <b>Ампициллин/сульбактам</b> в/в по 3 г 4 р/сут + <b>Доксициклин</b> в/в или перорально по 100 мг 2 р/сут
<b>Клиндамицин</b>	по 900 мг 3 р/сут + <b>Гентамицин</b> в/в или в/м 5–6 мг/кг 1 р/сут

<sup>1</sup> Парентеральное лечение может быть прекращено через 24–48 часов после клинического улучшения ( $T < 37,5^{\circ}\text{C}$ , лейкоциты  $\leq 10 \times 10^9/\text{л}$ ).

## Альтернативные ЛС

<b>Метронидазол</b>	по 500 мг 3 р/сут + <b>Офлоксацин</b> <sup>1</sup> по 400 мг 2 р/сут
<b>Доксициклин</b>	в/в или внутрь по 100 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут + <b>Цефтриаксон</b> в/в по 2 г 1 р/сут или <b>Цефотаксим</b> в/в по 2 г 3 р/сут

В отсутствие признаков клинического улучшения в течение 72 часов от начала лечения показано проведение дополнительных исследований, направленных на уточнение диагноза, и парентеральное введение антибактериальных препаратов.

Половые партнеры больных с ВЗОМТ (имевшие с ними половые контакты в течение 60 дней, предшествующих развитию клинической картины заболевания) нуждаются в соответствующем обследовании и лечении, т.к. риск выявления у них гонококкового или хламидийного уретрита достаточно высок.

Показана эффективность и безопасность вагинальных суппозиторий хлоргексидина биглюконата для лечения инфекций нижних отделов урогенитального тракта у беременных женщин.

## Вульвовагинит кандидозный

### Общие принципы лечения

Лечение проводится на фоне устранения или снижения выраженности факторов риска.

<sup>1</sup> В случае замены офлоксацина на ципрофлоксацин к проводимой терапии необходимо добавить доксициклин, т.к. ципрофлоксацин слабо активен в отношении *C. trachomatis*.

## Вульвовагинит кандидозный острый и хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит в период обострения

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	150 мг однократно
-------------------	-------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	внутрь 400 мг/сут однократно
<b>Итраконазол</b>	внутрь по 200 мг/сут 3 дн
<b>Кетоконазол</b>	внутрь 400 мг/сут 5–10 дн
<b>Бутаконазол</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Изоконазол</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Клотримазол</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Миконазол</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Натамицин</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Нистатин</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Омоконазол</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Эконазол</b>	интравагинально 6–14 дн

*S. glabrata*, *S. krusei* и др. виды грибов,  
малочувствительных к азольным антимикотикам

<b>Натамицин</b>	интравагинально 6–14 дн
<b>Нистатин</b>	интравагинально 6–14 дн

## Профилактика рецидива

Проводится в течение шести месяцев после купирова-  
ния обострения.



**ЛС выбора**

<b>Флуконазол</b>	перорально по 150 мг 1 р/нед
-------------------	------------------------------

**Альтернативные ЛС**

<b>Итраконазол</b>	по 100 мг через сутки
<b>Кетоконазол</b>	по 100 мг ежедневно
<b>Бифоназол</b>	интравагинально
<b>Изоконазол</b>	интравагинально
<b>Кетоконазол</b>	интравагинально
<b>Клотримазол</b>	интравагинально
<b>Миконазол</b>	интравагинально
<b>Натамицин</b>	интравагинально
<b>Нафтифин</b>	интравагинально
<b>Нистатин</b>	интравагинально
<b>Оксиназол</b>	интравагинально
<b>Циклопирокс</b>	интравагинально
<b>Эконазол</b>	интравагинально

## Вульвовагинит кандидозный острый у беременных

Схема для применения  
на любом сроке беременности:

<b>Леворин</b>	внутрь 6–14 дн
<b>Натамицин</b>	внутрь 6–14 дн
<b>Нистатин</b>	внутрь 6–14 дн

Схема для применения  
со II триместра беременности

<b>Бутаконазол</b>	внутрь 6–14 дн
<b>Изоконазол</b>	внутрь 6–14 дн

**B**

<b>Клотримазол</b>	внутри 6–14 дн
<b>Миконазол</b>	внутри 6–14 дн
<b>Омоконазол</b>	внутри 6–14 дн
<b>Эконазол</b>	внутри 6–14 дн

# Г

## Геликобактериальная инфекция (заболевания, вызываемые *Helicobacter pylori*)

*H. pylori* вызывает:

- активный хронический антральный гастрит (типа В);
- язвенную болезнь желудка;
- язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки.

*H. pylori* считается основным фактором риска развития:

- MALT (Mucosa associated lymphoid tissue) лимфомы;
- рака желудка.

Роль *H. pylori* в развитии функциональной диспепсии и желудочно-пищеводного рефлюкса не доказана.

### Общие принципы лечения

Согласно мнению экспертов из Европейской группы по изучению *H. pylori*, терапия, направленная на излечение данной инфекции, показана:

- при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (в стадии обострения или ремиссии, включая осложненную язвенную болезнь);
- при MALT лимфоме и атрофическом гастрите;

- больным, перенесшим резекцию желудка по поводу рака, и их ближайшим родственникам.

Терапия, направленная на излечение инфекции *H. pylori*, целесообразна:

- при функциональной диспепсии и на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств;
- при желудочно-пищеводном рефлюксе.

В отсутствие излечения инфекции *H. pylori* рецидив язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в течение 1 года отмечается у  $\geq 80\%$  больных, в противном случае частота рецидивирования не превышает 20%.

Несмотря на то, что *in vitro* *H. pylori* чувствительна ко многим антимикробным ЛС, монотерапия любым из них не обеспечивает достаточно полного излечения инфекции. Это может быть обусловлено снижением активности многих ЛС в кислой среде, их недостаточным проникновением в желудочную слизь, а также медленным ростом возбудителя. В результате проведения клинических испытаний были определены эффективные комбинированные схемы лечения.

Помимо антимикробных ЛС, при заболеваниях, вызванных *H. pylori*, показано применение лекарственных средств, снижающих секрецию соляной кислоты (ингибиторы протонной помпы (ингибиторы  $H^+/K^+$ -АТФазы), блокаторы  $H_2$ -рецепторов) и обладающих обволакивающим и гастропротективным действием (препараты висмута). Это способствует заживлению очагов поражения и повышению эффективности антибактериальной терапии.

### ЛС выбора

Схема 1

<b>Омепразол</b>	внутри по 20 мг 1–2 р/сут 14 дн или <b>Препарат висмута (субцитрат или субсалицилат)</b> внутри по 120 мг 4 р/сут 14 дн или <b>Ранитидин</b> внутри по 400 мг 2 р/сут 14 дн
------------------	---

<b>Амоксициллин</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 14 дн или <b>Кларитромицин</b> внутри по 500 мг 2 р/сут 14 дн
---------------------	--

**Схема 2**

<b>Ингибитор протонной помпы: Лансопризол</b>	внутри по 30 мг 2 р/сут 7 или 14 дн или <b>Омепразол</b> внутри по 20 мг 1–2 р/сут 7 или 14 дн или <b>Рабепразол</b> внутри по 10–20 мг 1 р/сут 7 или 14 дн или <b>Ранитидина висмута цитрат</b> внутри по 400 мг 2 р/сут 7 или 14 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 7 или 14 дн
<b>Амоксициллин</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 7 или 14 дн или <b>Метронидазол</b> внутри по 500 мг 2–3 р/сут 7 или 14 дн

**Альтернативные ЛС**

**Схема 1**

<b>Амоксициллин</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 14 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут 14 дн
<b>Препарат висмута (субцитрат или субсалицилат)</b>	внутри по 120 мг 4 р/сут 14 дн

**Схема 2**

<b>Амоксициллин</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 14 дн
<b>Препарат висмута (субцитрат или субсалицилат)</b>	внутри по 120 мг 4 р/сут 14 дн
<b>Фуразолидон</b>	внутри по 100 мг 4 р/сут 14 дн

**Схема 3**

<b>Ингибитор протонной помпы: лансопризол</b>	внутри по 30 мг 2 р/сут 14 дн или <b>Омепразол</b> по 20 мг 1–2 р/сут или <b>Рабепразол</b> по 10–20 мг 1 раз/сут
<b>Метронидазол</b>	внутри по 500 мг 2–3 р/сут 14 дн
<b>Препарат висмута (субцитрат или субсалицилат)</b>	внутри по 120 мг 4 р/сут 14 дн
<b>Тетрациклин</b>	внутри по 500 мг 4 р/сут 14 дн

**Г**

Выбор препарата, снижающего секрецию соляной кислоты или обладающего обволакивающим и гастропротективным действием, как правило, зависит от его переносимости и стоимости. В недавно опубликованном исследовании было показано, что схемы лечения, включающие ингибиторы протонной помпы, более эффективны.

## Гельминтозы

### Общие принципы лечения

#### Аскаридоз

##### Профилактика

Осуществляется санитарное благоустройство населенных пунктов, садовых участков, а также дегельминтизация инвазированных лиц.

##### ЛС выбора

<b>Пирантел</b>	<i>внутри 10 мг/кг/сут однократно</i>
-----------------	---------------------------------------

После приема пирантела слабительное не назначают.

##### Альтернативные ЛС

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Артемизинин</b>	<i>внутри 50 мг 2 р/сут (5 доз) однократно</i>	<i>внутри 50 мг 2 р/сут (5 доз) однократно</i>
<b>Левамизол</b>	<i>внутри 150 мг однократно</i>	<i>внутри 2,5 мг/кг однократно</i>

<b>Мебендазол</b>	внутри 100 мг 2 р/сут 3 сут однократно	внутри 25–50 мг/сут (в возрасте 2–10 лет) 3 сут однократно
<b>Пиперазина адипинат</b>	внутри 1,5–2 г/сут за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды 2 сут	в возрасте до 1 года — внутри 200 мг за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды (на 1 прием) 2 сут; в возрасте 2–3 лет — внутри 300 мг за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды (на 1 прием) 2 сут; в возрасте 4–5 лет — внутри 0,5 г за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды (на 1 прием) 2 сут; в возрасте 6–8 лет — внутри 0,75 г за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды (на 1 прием) 2 сут; в возрасте 9–13 лет — внутри 1 г за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды (на 1 прием) 2 сут; в возрасте 13–15 лет — внутри 1,5 г за 1 ч до или через 0,5–1 ч после еды (на 1 прием) 2 сут.

## Дифиллоботриоз

### Профилактика

- Охрана водоемов от фекального загрязнения.
- Плановое обследование работников рыбоперерабатывающей промышленности, рыбаков, плавсостава речных судов в эндемичных регионах.
- Употребление в пищу рыбы только после тщательного прожаривания, проваривания или длительного посола.

### ЛС выбора

<b>Празиквантел</b>	<i>внутри 60–75 мг/кг/сут в 1–3 приема каждые 4–6 ч во время еды (таблетки не разжевывают) 1 сут</i>
---------------------	--

### Альтернативные ЛС

<b>Феносал</b>	<i>внутри 2 г вечером (через 3 ч после ужина) и 1 г на следующее утро (натощак, завтрак должен быть через 2 ч после приема препарата)</i>
----------------	---

## Трихинеллез

### Профилактика

Проводится тщательная термическая обработка мяса медведей, кабанов, барсуков, а также микроскопическое исследование свинины для обнаружения личинок трихинелл (чаще исследуют ножки диафрагмы). Пораженное мясо уничтожают или направляют на техническую утилизацию.

Более эффективно раннее начало терапии.

### ЛС выбора

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей от 2 до 10 лет
<b>Мебендазол</b>	<i>внутри 100 мг 3 р/сут 7–14 сут</i>	<i>внутри 25–50 мг 3 р/сут 7–14 сут</i>

### Альтернативные ЛС

<b>Альбендазол</b>	<i>внутри 10 мг/кг/сут в 3 приема 7–14 сут</i>
--------------------	--

### При резко выраженных аллергических реакциях

<b>Преднизолон</b>	<i>40–60 мг/сут 7–14 дней</i>
--------------------	-------------------------------



## При миокардите

<i>Преднизолон</i>	<i>40–60 мг/сут 2–3 нед</i>
--------------------	-----------------------------

# Энтеробиоз

## Профилактика

- Предусматривается плановое обследование детей и обслуживающего персонала 2 раза в год и при необходимости проведение дегельминтизации.
- Профилактика предполагает соблюдение личной гигиены (ежедневное купание детей, мытье рук перед едой и после дефекации).
- Обязательным является выявление и лечение инвазированных членов семьи.

Важным условием является одновременное лечение всех членов семьи или коллектива.

## ЛС выбора

<i>Пирантел</i>	<i>внутри 10 мг/кг однократно</i>
-----------------	-----------------------------------

## Альтернативные ЛС

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Мебендазол</i>	<i>внутри 100 мг однократно</i>	<i>в возрасте до 2 лет препарат противопоказан в возрасте 2–10 лет — внутри 25–50 мг однократно в возрасте старше 10 лет — внутри 100 мг однократно</i>

При повторном заражении через 2–4 недели проводят повторное лечение.

**T**

# Гепатиты вирусные

## Общие принципы лечения

### Гепатит А острый вирусный

Возбудитель — безоболочечный РНК-содержащий вирус из группы *Picornaviridae* диаметром 27–30 нм.

Лечение обычно не требуется.

Неспецифические меры профилактики включают изоляцию пациентов и контактировавших с ними на протяжении 2 недель преджелтушного и 1 недели желтушного периода, мытье рук, дезинфекцию предметов, которыми пользуется пациент, обработку пищи.

Вакцинацию инактивированной НАV-вакциной проводят тотально в областях с высоким уровнем заболеваемости, в остальных случаях — только в группах риска. У взрослых обычно применяют двухэтапную вакцинацию по 1440 Elisa Units (EU) с перерывом 6–12 месяцев. Детям старше 2 лет вакцинацию проводят с использованием трехэтапного режима — 360 EU с перерывом в 1 и 6–12 месяцев или двухэтапного — 720 EU с перерывом в 6–12 месяцев. Профилактическая эффективность — 95–100%, иммунитет сохраняется в течение 5–10 лет.

Пассивная иммунизация сывороточным иммуноглобулином показана лицам, контактировавшим с больным ОВГ А. Режим дозирования: 0,02 мл/кг иммуноглобулина вводят в дельтовидную мышцу не позднее 14-го дня после контакта с больным. Эффективность — 100% при введении до контакта и 80–90% при введении в течение 6 дней после контакта. Возможна комбинация активной и пассивной иммунизации.

## Гепатит В острый вирусный

Возбудитель — ДНК-содержащий вирус диаметром 42 нм из семейства *Hepadnaviridae*. Липопротеидная оболочка содержит поверхностный антиген (HBsAg), в структуру нуклеокапсида входят ДНК, ДНК-полимераза, протейкиназа, ядерный антиген (HBcAg) и его секретируемая субъединица HBeAg.

### Иммунопрофилактика

Рекомбинантная дрожжевая вакцина содержит HBsAg; эффективность вакцинации составляет 85–95%. Перед вакцинацией обязательно исследование маркеров HBV. Вакцина вводится в дельтовидную мышцу в дозе 10–20 мкг для взрослых и 2,5–10 мкг для детей. Вакцинацию проводят в три этапа с интервалом в 1 и 6 месяцев. При сохранении высокого риска инфицирования ревакцинацию осуществляют каждые 5–7 лет.

Лицам, контактировавшим с больным, а также новорожденным от матерей-носителей рекомендуется сочетанное введение вакцины и анти-HBV-иммуноглобулина (сывороточный иммуноглобулин с повышенным титром анти-HBs). Защитный эффект комбинации превышает 95%. Режим дозирования: для взрослых — 0,04–0,07 мг/кг иммуноглобулина в дельтовидную мышцу, одномоментно вакцинация по стандартной схеме; для новорожденных — 0,5 мл иммуноглобулина в переднебоковую часть бедра, вакцина вводится контралатерально.

## Гепатит В хронический

Цели лечения:

- нормализация уровня сывороточных трансаминаз;
- элиминация сывороточной HBV ДНК;

Г

сероконверсия HBeAg → анти-HBe;  
улучшение гистологической картины печени;  
предотвращение осложнений (цирроз, рак печени);  
снижение смертности.

#### ЛС выбора

<b>Интерферон-альфа</b>	5–6 МЕ 1 р/сут (или 10 МЕ 3 р/нед) 4 мес (при инфицировании HBeAg-положительным вирусом) и 6 МЕ 3 р/нед 6 мес (при инфицировании HBeAg-негативным вирусом)
<b>Ламивудин</b>	100 мг 1 р/сут 12 мес

Возможна комбинация указанных ЛС, хотя имеющих данных недостаточно для суждения о реальном повышении эффективности лечения.

К прогностическим факторам хорошего ответа на интерферонотерапию относятся: высокий уровень АЛТ, низкая вирусная нагрузка, гистологическая картина активного гепатита, женский пол, инфицирование в зрелом возрасте, отсутствие коинфекции HCV, HDV и ВИЧ.

## Гепатит С острый вирусный

Возбудитель — РНК-содержащий вирус диаметром 55 нм, покрытый оболочкой, относящийся к семейству *Flaviviridae*. Вирус характеризуется высокой частотой мутаций участков генома, кодирующих белки E1 и E2/NS1, что обуславливает значительную изменчивость HCV и возможность одновременного инфицирования разными типами вируса.

### Иммунопрофилактика

Вакцина против HCV находится в стадии разработки.

## Гепатит С хронический

Лечение направлено на элиминацию HCV РНК, нормализацию трансаминаз и улучшение гистологической картины печени.

В настоящее время общепринятой схемой лечения ХГ С считается комбинация интерферона-альфы и рибавирина. Дозировка препаратов зависит от генотипа HCV и массы тела пациента. Возможно подключение третьего противовирусного препарата (амантадин, римантадин).

В последние годы используются также пролонгированные формы  $\alpha$ -интерферона (пегинтерфероны), обычно также в комбинации с рибавирином. Подробнее о применении указанных ЛС см. соответствующие разделы.

## Гепатит В + D острый вирусный

HDV — неполный РНК-содержащий вирус, для проявления патогенности которому требуется хелперная функция HBV. Гепатотропность вируса создается при помощи оболочки, состоящей из HBsAg. Репликация HDV происходит только в гепатоцитах.

### Иммунопрофилактика

Сводится к предупреждению инфицирования HBV.

## Гепатит D хронический

Единственное эффективное ЛС при ХГ D —  $\alpha$ -интерферон, назначаемый в высокой дозе длительными курсами (10 МЕ 3 раза в неделю по 12 месяцев). Частота рецидивов может превышать 90%, однако у большинства пациентов удается существенно улучшить биохимические и гистологические показатели.

## Гепатит Е острый вирусный

Возбудитель — РНК-содержащий вирус. В состав вирусной частицы входят структурные белки, РНК-полимераза, геликаза, цистеинпротеаза, метилтрансфераза. Репликация происходит только в гепатоцитах.

### Профилактика

Заключается в основном в предотвращении загрязнения питьевых источников. Иммунопрофилактика не разработана.

## Гидраденит

### Общие принципы лечения

Только в начальной фазе, когда формируется небольшая инфильтрация тканей с вовлечением одной потовой железы, возможно лечение **консервативными методами**:

*Димефосфон р-р 15%*

*Мази на полиэтиленгликолевой (ПЭГ) основе (левосин, иодопириновая мазь)*

*Повязки с 1% спиртовым р-ром эвкалимина*

*Повязки с иодофорами (повидон-иод 1%, иодопирон 1%, иодовидон)*

*Спиртовая настойка календулы*

Используются также физиотерапевтические методы (УФО, УВЧ).

**Антимикробная терапия** назначается при сохранении или прогрессировании симптоматики.

При осложненном гидрадените с нарастанием интоксикации показана госпитализация пациента для оперативного лечения.

Операцию выполняют обязательно под общим обезболиванием, т. к. только в этом случае возможно полное удаление всей инфильтрированной клетчатки.

Операцию заканчивают введением тампонов с мазями на ПЭГ основе:

*Диоксиколь*

*Иодопириновая мазь 1%*

*Левомеколь*

*Левосин*

*либо мазь:*

*Банеоцин (цинк-бацитрацин + неомицина сульфат)*

При правильно выполненной операции и адекватной антимикробной терапии исход заболевания благополучный, рецидивов не возникает.

#### ЛС выбора

<i>Цефадроксил</i>	<i>внутрь по 1 г 2 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Цефалексин</i>	<i>внутрь по 500 мг 4 р/сут 3–5 сут</i>

#### Альтернативные ЛС

<i>Амоксициллин/ клавуланат</i>	<i>внутрь по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Ампициллин/ сульбактам</i>	<i>в/в или в/м по 1,5 г 3 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Клиндамицин</i>	<i>внутрь по 300 мг 4 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Линкомицин</i>	<i>внутрь по 500 мг 3 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Фузидиевая кислота</i>	<i>внутрь по 0,5 г 3 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Цефуроксим аксетил</i>	<i>внутрь по 500 мг 2 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Цефазолин</i>	<i>в/в или в/м по 1 г 2–3 р/сут 3–5 сут</i>
<i>Мупироцин 2% (кожная мазь)</i>	<i>местно 2 р/сут 3–5 сут</i>

**T**

# Грипп и другие ОРВИ

## Общие принципы лечения гриппа

Лечение необходимо начинать в течение первых двух суток после появления клинических симптомов заболевания. Наиболее эффективна противовирусная терапия, начатая в первые часы от начала заболевания. При гриппе типа А ЛС выбора является римантадин в связи с его высокой активностью (эффективность подтверждена в контролируемых исследованиях) и хорошей переносимостью. В последние годы показана эффективность нового противовирусного ЛС озельтамивир.

**Показания к госпитализации:** тяжелые сопутствующие заболевания, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, гипертермия выше 40°C, нарушение сознания, рвота, судорожный и геморрагический синдромы, менингеальные признаки.

## Грипп, вызванный вирусом А

### ЛС выбора

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Римантадин</i>	<sup>1</sup> внутри по 0,1 г 2 р/сут 5 дн	<sup>2</sup> внутри по 5 мг/кг/сут (не более 0,15 г) в 2 приема 5 дн

### Альтернативные ЛС

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Амантадин</i>	<sup>1</sup> внутри по 0,1 г 2 р/сут 5 дн	<sup>2</sup> внутри по 5 мг/кг/сут (не более 0,15 г) в 2 приема 5 дн

<sup>1</sup> Лицам старше 65 лет — не более 0,1 г/сут.

<sup>2</sup> Детям старше 1 года.



<b>Озельтамивир</b>	внутри по 0,075–0,15 г 2 р/сут 5 дн	<sup>1</sup> внутри по 0,075– 0,15 г 2 р/сут 5 дн
---------------------	--	--

### Грипп, вызванный вирусами А и В

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Озельтамивир</b>	внутри по 0,075–0,15 г 2 р/сут 5 дн	<sup>1</sup> внутри по 0,075– 0,15 г 2 р/сут 5 дн

## Профилактика гриппа

Эффективность **иммунопрофилактики** при гриппе доказана многолетним мировым опытом. Для других ОРВИ этот метод не имеет серьезных перспектив в связи с полиэтиологичностью возбудителей. В список прививок МЗ РФ, проводимых по эпидпоказаниям, включены лица с высоким риском развития гриппа, его осложненного течения или летального исхода:

- старше 60 лет;
- дети дошкольного возраста и школьники, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, часто болеющие ОРЗ;
- медицинские работники;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;
- военнослужащие.

Вакцинацию против гриппа рекомендуют и как средство индивидуальной защиты от заболевания. У привитых заболевание протекает в более легкой форме с низким риском осложнений. Вакцинация формирует типоспецифичный иммунитет, который вырабатывается через 10–14 суток и сохраняется 6–12 месяцев. Поскольку в России зарегистрированы только субъек-

<sup>1</sup> Детям старше 12 лет.

диничные и сплит-вакцины, прививку необходимо повторять ежегодно. Профилактическая эффективность составляет 70–90%. У детей и пожилых людей степень защиты ниже, чем у взрослых. При заражении иммунизированных лиц другими разновидностями вируса гриппа заболевание протекает в более легкой форме. У привитых против гриппа детей отмечено снижение частоты ОРВИ.

ВОЗ рекомендует применение живых ослабленных вакцин в форме аэрозолей, которые, по данным Кохрановского мета-анализа, значительно превосходят по эффективности другие вакцины, что, возможно, связано со стимуляцией не только системного, но и местного иммунитета слизистой оболочки.

**Химиофилактику** проводят лицам, тесно контактирующим с больным (включая членов семьи и медицинских работников), лицам с факторами риска (возраст старше 65 лет, тяжелые сопутствующие заболевания), детям, длительно, получавшим ацетилсалициловую кислоту (риск синдрома Рейя). Химиофилактика не заменяет вакцинации. Пациентам с факторами риска рекомендуется сочетанное проведение вакцинации и химиофилактики. Продолжительность химиофилактики у иммунизированных лиц — 14 суток. Химиофилактика наиболее эффективна в случае, когда ее проводят на протяжении всего периода эпидемии гриппа.

#### ЛС выбора

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Римантадин</i> <sup>1</sup>	внутри по 0,1 г 2 р/сут не менее 14 дн (лицам старше 65 лет — не более 0,1 г/сут)	внутри по 5 мг/кг/сут (не более 0,15 г) в 2 приема не менее 14 дн

<sup>1</sup> Детям старше 1 года.

### Альтернативные ЛС

ЛС	Схема для взрослых (до 65 лет)	Схема для детей
<b>Амантадин<sup>1</sup></b>	внутри по 0,1 г 2 р/сут не менее 10 дн	внутри по 5 мг/кг/сут (не более 0,15 г) в 2 приема не менее 10 дн
<b>Озелтамивир<sup>2</sup></b>	внутри по 0,075–0,15 г 2 р/сут 5 дн	внутри по 0,075–0,15 г 2 р/сут 4–6 нед

### Лечение других ОРВИ

Тяжелые формы респираторно-синтициальной инфекции у детей

#### ЛС выбора

<b>Рибавирин</b>	ингаляционно (через небулайзер) по 20 мг/мл/сут (6 г в 300 мл стерильной воды) в течение 18 ч 3–7 дн
------------------	--

При других ОРВИ — лечение симптоматическое.

<sup>1</sup> Детям старше 1 года.

<sup>2</sup> Детям старше 12 лет.

Схемы лечения. Инфекции



# Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения

## Общие принципы лечения

При «водянистой» диарее, протекающей без признаков генерализации процесса:

- антимикробная терапия не показана;
- целесообразно назначение лоперамида, других симптоматических средств.

При «водянистой» диарее  
с признаками генерализации процесса  
и при дизентериеподобной диарее

### ЛС выбора

<b>Норфлоксацин</b>	внутри 0,4 г 2 р/сут 3–5 дней
<b>Офлоксацин</b>	внутри 0,4 г 2 р/сут 3–5 дней
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 0,5 г 2 р/сут 3–5 дней

### Альтернативные ЛС

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутрь 0,96 г 2 р/сут 3–5 дней
<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м 1–2 г 1 р/сут 5–7 дней

### При кампилобактериозе

<b>Эритромицин</b>	внутрь 0,5 г 4 р/сут 5 дней
--------------------	-----------------------------

## Дифтерия

### Общие принципы лечения

#### Профилактика

Основным способом профилактики дифтерии являются прививки дифтерийным анатоксином.

При эпидемическом неблагополучии в организованных коллективах проводят дополнительные мероприятия:

- госпитализация больных;
- бактериологическое обследование всех контактных;
- санация носителей токсигенных коринебактерий.

Терапевтические мероприятия при дифтерии должны начинаться немедленно и осуществляться по всем правилам неотложной помощи и интенсивной терапии. Наряду с антибактериальной терапией в обязательном порядке применяют противодифтерийную сыворотку.

#### ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 2 млн ЕД 6 р/сут
-------------------------	----------------------

#### Альтернативные ЛС

<b>Рифампицин</b>	внутрь 300 мг 2 р/сут 5 сут
<b>Эритромицин</b>	в/в 20–25 мг/кг/сут или внутрь по 250–500 мг 3 р/сут 5 дней

# И

## Инфекции абдоминальные хирургические

### Общие принципы лечения

Определяющим является хирургическое лечение: ликвидация очага инфекции и/или деструкции, хирургическая деконтаминация и детоксикация, а также профилактика (ре)инфицирования. Обязательным дополнением к проводимому хирургическому вмешательству является антимикробная терапия.

**Абсолютными показаниями к проведению антимикробной терапии** являются следующие заболевания:

- перитонит;
- деструктивный аппендицит;
- деструктивный холецистит;
- холангит;
- инфицированные формы панкреонекроза;
- прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки с давностью заболевания более 6 часов;
- перфорация или некроз тонкой или толстой кишки любой этиологии.

# Инфекции абдоминальные хирургические, неосложненные

## Абсцесс печени (бактериальной этиологии)

Длительность терапии при отсутствии факторов риска и симптомов СВР — 3–5 дн. Проведение интраоперационной профилактики обязательно.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: в/в 1,2 г за 30–40 мин до разреза)
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, в/м по 1,5 г 4 р/сут (ИП: в/в 1,5 г за 30–40 мин до разреза)
<b>Ампициллин</b>	в/в по 1 г 4 р/сут + <b>Аминогликозид (Гентамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + <b>Тобрамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + <b>Нетилмицин</b> в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение) + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон</b>	в/в, в/м по 2 г 2–3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/м в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1–2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут



<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в, в/м по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон/сульбактам</b>	в/в, в/м по 4 г 2 р/сут

## Аппендицит острый (без перитонита)

### Катаральный аппендицит

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза 1,2 г (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза 1,5 г (ИП: 1,5 г)

#### Альтернативные ЛС

<b>Цефуроксим</b>	в/в, в/м, при ИП — за 30–40 мин до разреза 1,5 г (ИП: 1,5 г)
-------------------	--

### Деструктивный аппендицит

Длительность терапии до полного регресса симптомов СВР (обычно 3–5 дн). Проведение интраоперационной профилактики обязательно.

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

И

<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефуроксим</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Ампициллин</b>	в/в, в/м по 1 г 4 р/сут + <b>Аминогликозид (Гентамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, Тобрамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, Нетилмицин в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение)</b> + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон/сульбактам</b>	в/в, в/м по 2–4 г 2 р/сут

## Дивертикулит толстой кишки, требующий оперативного вмешательства

При дивертикулите парентеральное введение антибиотиков целесообразно сочетать с селективной деконтаминацией кишечника: фторхинолоны перорально (если для парентерального введения используют другие препараты) или комбинацию аминогликозида с полимиксином (внутрь, при парентеральном применении фторхинолонов).

Обязательное проведение интраоперационной профилактики за 30–40 мин до разреза с последующим проведением терапии до 5–7 дн.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)

<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон</b>	в/в, в/м по 2 г 2–3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефуроксим</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут (ИП: 1,5 г за 30–40 мин до разреза, при оперативном вмешательстве дольше 3 час — повторно через 4 час)

### Альтернативные ЛС

<b>Ампициллин</b>	в/в, в/м по 1 г 4 р/сут + <b>Аминогликозид (Гентамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + Тобрамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + Нетилмицин в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение ) + Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

## Повреждение толстой кишки

Длительность терапии при отсутствии факторов риска и симптомов СВР — 1–2 дн. Проведение интраоперационной профилактики обязательно.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
--------------------------------	--

<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза в/в по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в, в/м по 2 г 2 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 7,5 мг/кг 3 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Ампициллин</b>	в/в, в/м по 1 г 4 р/сут + <b>Аминогликозид (Гентамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + Нетилмицин в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение + Тобрамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение) + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут</b>
-------------------	---

## Ранения брюшной полости проникающие (в первые 12 часов после травмы)

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Цефуроксим</b>	в/в, в/м 3 р/сут, при ИП — за 30–40 мин до разреза, при оперативном вмешательстве дольше 3 час — повторно через 4 час по 1,5 г (ИП: 1,5 г)

## Холецистит/холангит острый

Длительность терапии при отсутствии факторов риска и симптомов СВР — 48–72 ч.; при холангите — в зависимости от клинико-лабораторной симптоматики (до регресса признаков воспалительного процесса). Проведение интраоперационной профилактики обязательно.

## ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в, в/м по 2–4 г 2 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 2–3 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> в/в, в/м по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> в/в, в/м по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефуросим</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3 р/сут (ИП: в/в 1,5 г за 30–40 мин до разреза, при оперативном вмешательстве дольше 3 час — повторно через 4 час) +/- <b>Мет-</b> <b>ронидазол</b> в/в, в/м по 500 мг 3 р/сут

## Альтернативные ЛС

<b>Ампициллин</b>	в/в, в/м по 1г 4 р/сут + <b>Гентамицин</b> в/в 240 мг/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в, в/м по 2 г 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> в/в по 7,5 мг/кг 3 р/сут
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в, в/м по 2–4 г 2 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

## Язвы прободные гастродуоденальные (в первые 6 часов после прободения)

Длительность терапии при отсутствии факторов риска и проявлений СВР — 2–3 дня. При наличии факторов риска инфекционных осложнений, в зависимости от

конкретной клинической ситуации, применение анти-микробных ЛС следует продлить.

### ЛС выбора

<b>Цефазолин</b>	в/в, в/м 3 р/сут, при ИП — за 30–40 мин до разреза, при оперативном вмешательстве дольше 3 час — повторно через 4 час по 1–2 г (ИП: 2 г)
<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Цефуросим</b>	в/в, в/м 3 р/сут, при ИП — за 30–40 мин до разреза, при оперативном вмешательстве дольше 3 час — повторно через 4 час по 1,5 г (ИП: 1,5 г)

### Альтернативные ЛС

<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5 г 4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Ампициллин</b>	в/в, в/м по 1 г 4 р/сут + <b>Гентамицин</b> в/в, в/м в/в 240 мг/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 1–2 г 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут

## Реферативный обзор

### Сультасин

**СУЛЬТАСИН** — ингибиторзащищенный пенициллин широкого спектра действия, из всех «защищенных» пенициллинов только он может вводиться и внутривенно, и внутримышечно. Представляет собой смесь ампициллина натриевой соли и сульбактама натрия в соотношении 2:1. Выпускается во флаконах по 0,75 (=0,5 + 0,25) г и по 1,5 (=1 + 0,5) г. В России выпускает только ОАО «Синтез» (г. Курган) на основе субстанции ампициллина собственного производства.

Спектр антимикробной активности комбинации ампициллина и сульбактама — шире, чем у самого ампициллина. Сульбактам — необратимый ингибитор плазмидных бета-лактамаз, выработка которых ведет к устойчивости многих бактерий к ампициллину. Прибавление сульбактама защищает ампициллин от разрушения бета-лактамазами стафилококков, грамотрицательных бактерий и анаэробов, в результате чего бактерицидное действие этой комбинации значительно выше, чем одного ампициллина.

СУЛЬТАСИН активен в отношении большинства грамположительных аэробов (*Staphylococcus* spp., включая *S. aureus*, и *Streptococcus* spp., в т. ч. пневмококка, многих штаммов *Enterococcus faecalis*), граммотрицательных микроорганизмов (*Haemophilus influenzae*, *H. parainfluenzae*, *Moraxella* (*Branhamella*) *catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp.) и анаэробных бактерий (*Bacteroides* spp. (в т. ч. *Bacteroides fragilis*), *Clostridium* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp.). Неактивен в отношении всех штаммов *Pseudomonas aeruginosa*.

После в/м и в/в введения в крови достигаются бактерицидные концентрации ампициллина и сульбактама. Оба вещества хорошо проникают практически во все ткани (в т. ч. легкие, почки, кожа, придаточные пазухи носа и пр.) и жидкости организма (в т. ч. перитонеальную, плевральную), а также через гемато-энцефалический барьер (проницаемость резко возрастает при менингите).  $T_{1/2}$  ампициллина и сульбактама одинаковы — около 1 ч, выведение преимущественно с мочой (75–85%) и частично с желчью.

С учетом широты спектра антимикробной активности СУЛЬТАСИН в первую очередь показан взрос-

лым и детям любого возраста при лечении бактериальных инфекций, вызванных ассоциациями аэробных и анаэробных возбудителей (особенно бактероидов) и сопровождающихся абсцедированием: в абдоминальной хирургии (при перитоните, холангите, холецистите), при лечении ран (особенно загрязненных почвой) и инфекций кожи и подкожной клетчатки, в колопроктологии, при острых инфекциях в акушерстве и гинекологии (эндометрит), при лечении острых пиелонефрита, пневмонии, плеврита, эмпиемы плевры, абсцесса легкого, в ЛОР-практике — в лечении синуситов и отитов.

СУЛЬТАСИН успешно применяется при периоперационной антибиотикопрофилактике инфекций при операциях на органах брюшной полости (в т.ч. на желчевыводящих путях и толстом кишечнике) и малого таза.

Вводится в/м или в/в (капельно со скоростью 60–80 кап/мин, струйно-медленно, в течение 3–5 мин). В/в вводят обычно в течение 5–7 дней, затем при необходимости продолжения лечения переходят на в/м введение. Ниже указаны суммарные дозы ампициллина и сульбактама (в соотношении 2:1). **Взрослым** при *легком течении инфекции* назначают по 0,75–1,5 г 2–3 р/сут (1,5–4,5 г/сут); при *средне-тяжелом течении* — по 1,5 г 3–4 р/сут (4,5–6 г/сут); при *тяжелом течении* — по 1,5–3 г 4 раза в сутки (6–12 г/сут). **Детям** — 150 мг/кг/сут в 3–4 введения.

Для *профилактики хирургических инфекций* — в/в 1,5 г во время вводного наркоза (за 30–40 минут до операции) и в течение 24 ч после операции — в той же дозе каждые 6–8 ч.

При эмпирической терапии тяжелых инфекций высоким синергизмом активности обладает комбинация СУЛЬТАСИНА с аминогликозидами 3-го по-



коления (амикацин, нетилмицин). Возможна комбинация с фторхинолоном.

СУЛЬТАСИН с успехом применяется в ведущих лечебных учреждениях России (ГВКГ им. Бурденко, 3 ЦВКГ, НИИ скорой помощи им. Склифосовского и Джанелидзе и мн. др.).

## Инфекции абдоминальные хирургические, осложненные

### Панкреонекроза стерильные и инфицированные формы, панкреатогенный абсцесс

#### ЛС выбора

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5–1 г 3 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5–1 г 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

#### Альтернативные ЛС

<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пиперациллин/ тазобактам</b>	в/в по 4,5 г 3 р/сут
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3–4 р/сут
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в по 4 г 2 р/сут

## Антимикробная профилактика при стерильном панкреонекрозе

А также **антимикробная терапия при инфицированных формах панкреонекроза**, включая панкреатогенный абсцесс и инфицированный перитонит, проводится с учетом степени тяжести состояния пациента по шкалам АРАСНЕ II.

При АРАСНЕ II менее 15 баллов допустимо назначение любой из указанных схем терапии. При АРАСНЕ II 15 баллов и более наибольший эффект следует ожидать при назначении одного из следующих режимов антибактериальной терапии.

### АРАСНЕ II более 15 баллов

<i>Имипенем</i>	<i>в/в по 0,5–1 г 3 р/сут</i>
<i>Меропенем</i>	<i>в/в по 0,5–1 г 3 р/сут</i>
<i>Цефепим</i>	<i>в/в по 2 г 2 р/сут + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут</i>

При **распространенных стерильных и инфицированных формах панкреонекроза**, а также в условиях многоэтапного хирургического лечения продолжительность антимикробной профилактики и терапии может составлять 3–4 недели.

При панкреонекрозе частота интраабдоминального кандидоза достигает 30%, что является показанием к проведению антифунгальной терапии.

Показания к профилактическому (упреждающему) назначению антимикотических ЛС:

- панкреонекроз и оперативные вмешательства на поджелудочной железе;
- перфорация толстой кишки;
- несостоятельность анастомозов ЖКТ;
- постспленэктомический синдром.

<i>Флуконазол</i>	<i>в/в или внутрь 400 мг 1 р/сут</i>
-------------------	--------------------------------------

# Перитонит/абсцесс распространенный

## Первичный перитонит

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в, при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,2 г 3–4 р/сут (ИП: 1,2 г)
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, в/м при ИП — за 30–40 мин до разреза по 1,5–3 г 3–4 р/сут (ИП: 1,5 г)
<b>Цефуроксим</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3 р/сут + Аминогликозид (Гентамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + Тобрамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + Нетилмицин в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение)

### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1 р/сут + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 200–400 мг 2 р/сут + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пиперациллин/ тазобактам</b>	в/в по 2,25–4,5 г 3 р/сут
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3–4 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 3 р/сут + Аминогликозид (Гентамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, Тобрамицин в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, Нетилмицин в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение)

<sup>1</sup> При выделении грибов рода *Candida*: флуконазол или амфотерицин В.

И

<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 2 г 1 р/сут + <b>Аминогликозид</b> ( <b>Гентамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, <b>Тобрамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, <b>Нетилмицин</b> в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение)
--------------------	---

## Вторичный перитонит (кроме послеоперационного)

### ЛС выбора

<b>Ампициллин</b>	в/в, в/м по 1 г 4 р/сут + <b>Аминогликозид</b> ( <b>Гентамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + <b>Тобрамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + <b>Нетилмицин</b> в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение) + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Клиндамицин</b>	в/в, в/м по 0,6–0,9 г 3 р/сут + <b>Аминогликозид</b> ( <b>Гентамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение, <b>Тобрамицин</b> в/в 3–5 мг/кг/сут в 1 введение + <b>Нетилмицин</b> в/в 4–7,5 мг/кг/сут в 1 введение + <b>Амикацин</b> в/в 15 мг/кг/сут в 1 введение)
<b>Тикарциллин/клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3–4 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 3–4 р/сут или <b>Цефтриаксон</b> в/в, в/м по 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Эртапенем</b>	в/в по 1 г 1 р/сут
<b>Цефоперазон/сульбактам</b>	в/в, в/м по 4 г 2 р/сут

## Послеоперационный перитонит

### ЛС выбора

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5 г 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5 г 3–4 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон/сульбактам</b>	в/в по 4 г 2 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1–2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пиперациллин/тазобактам</b>	в/в по 4,5 г 3 р/сут +/- <b>Аминогликозид</b>
<b>Тикарциллин/клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3–4 р/сут +/- <b>Аминогликозид</b>
<b>Цефоперазон</b>	в/в по 2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефтазидим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут

## Третичный перитонит

### ЛС выбора

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5–1 г 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5–1 г 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

<sup>1</sup> Сочетать со всеми ЛС. Другие аминогликозиды можно назначать только при документированной чувствительности возбудителя.

И

<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в по 4 г 2 р/сут
------------------------------------	--------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3–4 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400–600 мг 2 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

### При выделении метициллинорезистентных стафилококков

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно по 1 г 2 р/сут
<b>Линезолид</b>	в/в по 0,6 г 2 р/сут
<b>Рифампицин</b>	в/в по 0,3–0,45 г 2 р/сут + <b>Ципрофлоксацин</b> в/в по 400 мг 2 р/сут

### При выделении *P. aeruginosa*

<b>Меропенем</b>	в/в по 1 г 3 р/сут
<b>Цефтазидим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут
<b>Амикацин<sup>1</sup></b>	в/в 15 мг/кг 1 р/сут

# Инфекции герпетические

## Общие принципы лечения

Эффективность лечения во многом определяется своевременностью диагностики. В частности, успех терапии при генитальном герпесе зависит от раннего выявления инфекционных агентов, вызывающих урогенитальные заболевания.

Несмотря на достаточно большое количество специфических противовирусных препаратов, герпетические заболевания остаются плохо контролируемы, причины этого:

- разнообразие клинических поражений;
- отсутствие радикальных способов терапии (невозможность полного удаления вируса из организма);
- вариабельность чувствительности больных к используемым препаратам;
- развитие резистентности вируса к лекарственным средствам;
- выработка механизмов, способствующих собственному выживанию ВГ путем модификации эффективности иммунного ответа хозяина (молекулярная мимикрия, т.е. общие антигены вируса и тканей хозяина).

Чувствительность ВГ к противовирусным препаратам представлена в **таблице 1**. Максимальная эффективность антигерпетической терапии достигается при предварительном выявлении индивидуальной чувствительности лейкоцитов пациента к химиотерапевтическим средствам с помощью определения интерферонового и цитокинового статуса. Штаммы, устойчивые к ацикловиру, также устойчивы к валацикловиру и фамцикловиру, поэтому в этом случае следует использовать фоскарнет натрия.

В комплексной терапии иногда применяют индукторы интерферона и другие иммуномодуляторы, однако их эффективность не доказана в клинических исследованиях.

И

Таблица 1. Чувствительность ВГ к противовирусным химиопрепаратам

ТК вирусов/ ДНК-поли- мераза	ЛС/трифосфатные формы соответствующих ЛС (ФФФ)				
	Ацикловир/ ФФФ	Пенцикло- вир/ФФФ	Ганцикло- вир/ФФФ	Сориву- дин/ФФФ	Фоскарнет натрий/ ФФФ
ВПГ-1	-/+	+/+	-/+	+/-	+/+
ВПГ-2	-/+	-/+	+/-	-/-	+/+
ВЗВ	-/+	-/+	-/-	+/+	+/+
ЦМВ	-/+	-/-	-/+	-//	+/+
ВЭБ	-/+	-/-	-//	-//	+/+

## Простой герпес (ВПГ I и II)

### Первичный клинический эпизод

<b>Ацикловир</b> <sup>1</sup>	<i>внутри по 200 мг 5 р/сут 5 дн</i>
<b>Фамцикловир</b> <sup>1</sup>	<i>внутри по 250 мг 3 р/сут 5 дн</i>
<b>Валацикловир</b> <sup>1</sup>	<i>внутри по 500 мг 2 р/сут 7 дн</i>

### Рецидивирующий герпес

<b>Ацикловир</b>	<i>внутри по 200 мг 5 р/сут 10 дн</i>
<b>Валацикловир</b>	<i>внутри по 500 мг 2 р/сут 10 дн</i>
<b>Фамцикловир</b>	<i>внутри по 125 мг 2 р/сут 5 дн</i>

### Профилактическое лечение<sup>2</sup>

<b>Ацикловир</b>	<i>внутри по 400 мг 2 р/сут</i>
<b>Валацикловир</b>	<i>внутри по 500 мг 1 р/сут</i>
<b>Фамцикловир</b>	<i>внутри по 250 мг 2 р/сут</i>

<sup>1</sup> При тяжелом течении длительность лечения может быть увеличена до 10 дней.

<sup>2</sup> Длительность терапии определяется индивидуально.



Наружная терапия при простом герпесе  
в любой клинической стадии

<b>Ацикловир</b> (крем 3% и 5%)	5 р/сут 5–10 дн
<b>Пенцикловир</b>	каждые 2 ч днем 4 дн

## Инфекции, вызванные вирусом *Varicella zoster*

При инфекциях, вызываемых вирусом *Varicella zoster* (в том числе боли при острой и постгерпетической невралгии) — опоясывающий лишай, ветряная оспа

<b>Валацикловир</b>	внутри по 1000 мг 3 р/сут 7 дн
<b>Фамцикловир</b>	внутри по 250 мг (при постгерпетической невралгии — по 500 мг) 3 р/сут 7 дн

# Инфекции раневые

## Общие принципы лечения

Независимо от происхождения раневого процесса, видового состава микрофлоры ран **основным методом лечения является хирургическое**, направленное на устранение дефекта тканей, предупреждение нагноения или активное комплексное воздействие на гнойный процесс. Хирургическая тактика включает:

- широкое рассечение тканей гнойного очага, вскрытие всех карманов и затеков, иссечение нежизнеспособных тканей, удаление инородных тел;
- использование дополнительных методов обработки раны;

И

- дренирование послеоперационной раны с последующим ее промыванием антисептиками;
- лечение послеоперационных ран под повязкой с препаратами для 1 или 2 фазы раневого процесса;
- лечение ран в условиях абактериальной среды;
- раннее закрытие раны с помощью наложения швов или кожной пластики.

Между хирургической обработкой «свежей» и гнойной раны есть некоторые различия, т.к. обработка последней производится при уже развившейся инфекции с целью лечения, а не профилактики.

Исход заболевания во многом предопределяется не только своевременностью активного хирургического вмешательства на гнойном очаге, но и **адекватной системной и местной антимикробной терапией**, которая чаще всего начинается после выполнения хирургического вмешательства и основывается на данных бактериологических исследований. В/в, в/м и внутрь применяют антимикробные (в т.ч. противогрибковые) средства, местно — мази на полиэтиленгликолевой (ПЭГ) основе, антисептические растворы (йодофоры и мирамистин), аэрозоли, раневые покрытия, масла. Для профилактики дисбактериоза в некоторых случаях назначают пробиотики.

## Местная антимикробная фармакотерапия

После хирургической обработки гнойного очага системная антимикробная терапия дополняется местным лечением под повязками с ЛС, соответствующими фазе раневого процесса, обладающими антимикробной активностью:

- **антисептики:** йодофоры (комплексные соединения йода с поливинилпирролидоном), на актив-

ность которых не влияет присутствие крови, гнойного отделяемого или некротических тканей, мирамистин (антисептик из класса поверхностно-активных веществ);

- **мази на ПЭГ-основе** — левомеколь, левосин, диоксиколь, 1% йодопириновая мазь, 10% мазь мафенида ацетата, нитацид, стрептонитол, лавендула и др., — применяют под повязками для лечения обширных и глубоких ран с гнойным процессом в первой фазе раневого процесса;
- **биологически активные дренирующие сорбенты** с гелевином, диоксидином, протеолитическими ферментами (террилитин, коллагеназа);
- **ферментные препараты.**

## Послеоперационные гнойные раны мягких тканей

### Раневые инфекции без признаков сепсиса

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в по 1,5 г 3–4 р/сут
<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 2–3 р/сут + <b>Гентамицин</b> 5 мг/кг 1 р/сут или <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут или <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут

#### Мази

<b>Лавендула</b>	местно
<b>Левомеколь</b>	местно
<b>Левосин</b>	местно
<b>Протогентин</b>	местно

И

## Растворы

<b>Йодофоры</b>	местно
<b>Мирамистин 0,01%</b>	местно

## Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b>	в/в по 0,6 г 3–4 р/сут + <b>Гентамицин</b> 5 мг/кг 1 р/сут или <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут или <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в по 4 г 2 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 3–4 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 1 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут

## Мази

<b>Диоксидиновая 5%</b>	местно
<b>Диоксиколь</b>	местно
<b>Йодопирионовая 1%</b>	местно
<b>Метилдиоксидин</b>	местно
<b>Нитацид</b>	местно
<b>Банеоцин мазь</b>	местно
<b>Стрептонитол</b>	местно
<b>Фузидиновый гель 2%</b>	местно

## Раневые инфекции с признаками сепсиса

### ЛС выбора

<b>Пиперацillin/ тазобактам</b>	в/в по 4,5 г 3 р/сут +/- <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут или <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3–4 р/сут +/- <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут или <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5 г 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5 г 3–4 р/сут

### Хронические гнойные заболевания мягких тканей (диабетическая стопа)

#### Нетяжелое течение без сепсиса

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3–4 р/сут
<b>Клиндамицин</b>	в/в по 600 мг 3 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут или <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут

#### Мази

<b>Лавендула</b>	местно
<b>Левомеколь</b>	местно
<b>Левосин</b>	местно
<b>Протогентин</b>	местно

#### Растворы

<b>Йодофоры</b>	местно
<b>Мирамистин 0,01%</b>	местно

#### Тяжелое течение с признаками сепсиса

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5 г 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5 г 3–4 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут

И

## Посттравматические гнойные раны мягких тканей

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в по 1,5–3 г 3–4 р/сут или в/м 1,5 г 3–4 р/сут
<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 2–3 р/сут + <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут или <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут
<b>Цефуроксим</b>	в/в по 1,5 г 3 р/сут
<b>Левомеколь</b>	местно
<b>Левосин</b>	местно
<b>Нитацид</b>	местно
<b>Йодофоры</b>	местно
<b>Мирамистин 0,01%</b>	местно

### Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b>	в/в по 600 мг 3 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут или <b>Нетилмицин</b> 6 мг/кг 1 р/сут
<b>Левофлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1–2 р/сут
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Пиперациллин/ тазобактам</b>	в/в по 4,5 г 3 р/сут
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут или <b>Цефтриаксон</b> 2 г 1 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут +/- <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Диоксидиновая 5%</b>	местно
<b>Диоксиколь</b>	местно
<b>Банеоцин мазь</b>	местно
<b>Йодопирионовая 1%</b>	местно

<i>Лавендула</i>	<i>местно</i>
<i>Мафенида-ацетата 10%</i>	<i>местно</i>
<i>Метилдиоксидин</i>	<i>местно</i>
<i>Протогентин</i>	<i>местно</i>
<i>Стрептонитол</i>	<i>местно</i>
<i>Фузидиновый гель 2%</i>	<i>местно</i>

## Инфекции, связанные с катетеризацией сосудов (ИСКС)

### Общие принципы лечения

При подозрении на ИСКС необходимо:

- провести посев крови из периферической вены и катетера (количественное определение);
- удалить катетер;
- при наличии показаний (инфильтрат в области туннеля катетера, гнойное отделяемое из раны) провести хирургическую обработку и дренирование гнойного очага;
- провести ультразвуковое исследование проходимости вены, в которой находился катетер, для выявления инфицированных пристеночных тромбов;
- выбрать адекватный режим эмпирической антимикробной терапии, основанный на предполагаемой этиологии и уровне резистентности возбудителей по принципам лечения эндокардита.

И

## В стационарах с невысоким уровнем оксациллинрезистентных стафилококков

### ЛС выбора

<b>Оксациллин</b>	<i>в/в по 2 г 4–6 р/сут</i>
-------------------	-----------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Ванкомицин</b>	<i>в/в капельно по 1 г 2 р/сут</i>
-------------------	------------------------------------

<b>Цефазолин</b>	<i>в/в по 2 г 3 р/сут</i>
------------------	---------------------------

## В стационарах с высоким уровнем оксациллинрезистентных стафилококков

### ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	<i>в/в капельно по 1 г 2 р/сут</i>
-------------------	------------------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Линезолид</b>	<i>в/в по 0,6 г 2 р/сут</i>
------------------	-----------------------------

<b>Рифампицин</b>	<i>в/в по 0,3 г 2 р/сут + Ципрофлоксацин в/в по 0,4 г 2 р/сут</i>
-------------------	---

После выделения возбудителя из крови при необходимости проводят коррекцию антимикробной терапии на основании результатов изучения чувствительности выделенных штаммов. При отрицательных результатах микробиологического исследования и отсутствии положительного эффекта терапии в течение 2–3 дней (и удаленном катетере) к ванкомицину следует присоединить антимикробное ЛС, активное в отношении грамотрицательных микроорганизмов (цефалоспорины III–IV поколения, карбапенем или аминогликозид).

Продолжительность антимикробной терапии можно варьировать:



- при **неосложненных катетерных инфекциях** — 3–5 суток после удаления катетера;
- при развитии **ангиогенного катетерного сепсиса** — 7–14 суток.

## Инфекционные заболевания наружных половых органов и влагалища (вульвовагинальная инфекция)

### Общие принципы лечения

### Бактериальный вагиноз

При отсутствии клинической симптоматики лечение БВ необязательно, исключение составляют беременность, патология шейки матки и предстоящие гинекологические операции. В перечисленных случаях БВ даже при бессимптомном характере течения существенно увеличивает риск преждевременных родов, цервикальных дисплазий и воспалительных заболеваний органов малого таза.

Лечение беременных проводят по обычным схемам.

Рецидивы БВ встречаются довольно часто — 10–15%, т.к. проводимая терапия не устраняет непосредственную причину заболевания — дисбактериоз. При

*И*

сочетании БВ и ВК необходимо дополнительное назначение антимикотиков.

Рутинное лечение половых партнеров не рекомендуется, поскольку не влияет ни на успех проводимой у женщины терапии, ни на частоту рецидивов.

#### ЛС выбора

<b>Метронидазол</b> <sup>1</sup>	внутри по 0,5 г 2 р/сут 7 дней
----------------------------------	--------------------------------

#### Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b> <sup>2</sup>	2% вагинальный крем 5 г 1 р/сут 7 дней
<b>Метронидазол</b>	0,75% вагинальный гель по 5 г 2 р/сут 5 дней
<b>Метронидазол</b>	внутри 2 г однократно
<b>Клиндамицин</b>	внутри по 0,3 г 2 р/сут 7 дней

## Кандидозный вульвовагинит (КВ)

КВ не передается половым путем, поэтому рутинное лечение половых партнеров не требуется, за исключением случаев рецидивирующего КВ.

#### Местная терапия

<b>Клотримазол</b> <sup>3</sup>	500 мг (вагинальные таблетки) однократно
<b>Миконазол</b> <sup>3</sup>	1,2 г (вагинальные свечи) однократно
<b>Клотримазол</b>	200 мг (вагинальные свечи) 3 дня
<b>Миконазол</b>	200 мг (вагинальные свечи) 3 дня
<b>Эконазол</b>	150 мг (вагинальные свечи) 3 дня

<sup>1</sup> Во время лечения нельзя употреблять спиртные напитки.

<sup>2</sup> Крем изготовлен на масляной основе и может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

<sup>3</sup> Во время беременности применяют местную терапию азоловыми препаратами не менее семи дней.

Клотримазол	100 мг (вагинальные свечи), 1% крем, 5 г 7 дней
Миконазол	100 мг (вагинальные свечи), 2% крем, 5 г 7 дней
Нистатин	100 000 ЕД (вагинальные свечи) 14 дней

## Пероральная терапия

### ЛС выбора

Флуконазол	150 мг однократно
------------	-------------------

### Альтернативные ЛС

Итраконазол	по 200 мг 2 р/сут 1 день или по 200 мг 1 р/сут 3 дня
Кетоконазол	по 200 мг 1 р/сут 3 дня или по 200 мг 2 р/сут 3–5 дней

## Осложненный КВ

### Клинические признаки:

- выделение не *albicans Candida spp.*
- рецидивирующий КВ в анамнезе,
- тяжелое течение КВ,
- беременность или сопутствующие заболевания (например, сахарный диабет).

Длительность местной терапии составляет 7–14 дней.

При выделении не *albicans Candida spp.* возможно сочетание антифунгальной терапии с интравагинальным введением борной кислоты по 600 мг/сут в течение 14 дней.

## Рецидивирующий КВ

≥ 4 эпизодов симптоматического вульвовагинального кандидоза в год.

Факторы риска: диабет, иммуносупрессия, массивная антимикробная терапия.

И

Оптимальная схема лечения не установлена. Обычно рекомендуется интенсивная первоначальная схема в течение 10–14 дней с последующим переходом на поддерживающую терапию. Длительность терапии может составлять до 6 месяцев.

#### ЛС выбора

<b>Клотримазол</b>	Интравагинально по 500 мг 1р/нед
<b>Флуконазол</b>	Внутрь по 100 мг 1 р/нед
<b>Клотримазол<sup>1</sup></b>	В виде крема 2 р/сут 7 дней или <b>Миконазол</b> в виде крема 2 р/сут 7 дней

## Трихомонадный вульвовагинит

Лечение половых партнеров обязательно.

#### ЛС выбора

<b>Метронидазол</b>	Внутрь по 0,5 г 2 р/сут 7 дней или <b>Метронидазол<sup>2</sup></b> внутрь 2 г однократно
---------------------	--

#### Альтернативные ЛС

<b>Орнидазол</b>	Внутрь 2 г однократно или по 0,25 г 2 р/сут 5 дней
<b>Тинидазол</b>	Внутрь 2 г однократно
<b>Метронидазол<sup>3</sup></b>	Внутрь по 2–4 г/сут 10–14 дней
<b>Тинидазол</b>	Внутрь по 4 г 1 р/сут 3 дня

<sup>1</sup> Лечение полового партнера при выявлении у него симптомов баланита.

<sup>2</sup> Дозировка для беременных. Терапия ударными дозами менее эффективна, чем семидневный курс, и чаще дает рецидивы, однако в этом случае меньше риск отрицательного влияния на организм плода.

<sup>3</sup> При неэффективности терапии целесообразно определение чувствительности *T. vaginalis* к метронидазолу и увеличение дозы препаратов.

# Инфекция гонококковая

## Общие принципы лечения

Основное направление лечения — применение антимикробных препаратов, активных в отношении *N. gonorrhoeae*.

До проведения антибактериального лечения гонореи следует рекомендовать обследование на сифилис и *Chlamydia trachomatis*. При невозможности обследования на *C. trachomatis* с целью профилактики сопутствующей хламидийной инфекции все нижеуказанные схемы лечения необходимо дополнить одним из следующих антибиотиков:

Азитромицин	внутри 1 г однократно
Доксициклин	внутри по 100 мг каждые 12 ч 7 дней

При одновременном выявлении *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis* указанные схемы антибактериальной терапии следует дополнять назначением противопротозойных препаратов.

Половые партнеры, с которыми больной гонореей с симптомами имел половые контакты в последние 14 суток, подлежат обследованию и лечению. При отсутствии симптомов у больного гонореей обследованию и лечению подлежат все его половые партнеры за последние 90 суток.

До проведения контрольного обследования при всех формах половых контактов рекомендуется использовать презерватив.

## Гонорея аноректальная

Применяют схемы лечения, указанные в разделе «Лечение неосложненной гонореи нижних отделов мочеполового тракта».

И

## Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений

### ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	в/м 250 мг однократно
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 500 мг однократно

### Альтернативные ЛС

<b>Офлоксацин</b>	внутри 400 мг однократно
<b>Спектиномицин</b>	в/м 2 г однократно

## Гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, гонорея органов малого таза и других мочеполовых органов, диссеминированная гонококковая инфекция

### ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	в/м или в/в 1 г 1 р/сут
--------------------	-------------------------

### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Спектиномицин</b>	в/м 2 г 2 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в 1 г 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 500 мг 2 р/сут

<sup>1</sup> Внутривенное или внутримышечное введение основного или одного из альтернативных препаратов рекомендуется проводить в стационаре и продолжать в течение 24–48 часов после разрешения клинической симптоматики (не менее 7 сут), после чего проводится пероральная терапия.

**Пероральная терапия**

<b>Офлоксацин</b>	внутри 400 мг 2 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 500 мг 2 р/сут

**Инфекция глаз гонококковая**

<b>Цефтриаксон</b>	в/м 1 г однократно
--------------------	--------------------

**Фарингит гонококковый**

Применяют схемы лечения, указанные в разделе «Лечение неосложненной гонорей нижних отделов мочеполового тракта».

**Лечение беременных**

Лечение беременных осуществляется на любом сроке в соответствии с установленным диагнозом. Препаратами выбора являются цефалоспорины (цефтриаксон, цефотаксим), макролиды (эритромицин — с учетом определения чувствительности), спектиномицин. Противопоказаны тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды.

**ЛС выбора**

<b>Цефтриаксон</b>	в/м 250 мг однократно
--------------------	-----------------------

**Альтернативные ЛС<sup>1</sup>**

<b>Амоксициллин</b>	внутри 1 г 3 р/сут 1 дн
<b>Спектиномицин</b>	в/м 2 г однократно

<sup>1</sup> С учетом определения чувствительности к пенициллину, для исключения наличия пенициллиназопродуцирующих штаммов *N. gonorrhoeae*.

И

## Лечение детей

### Лечение новорожденных

#### ЛС выбора

<b>Цефотаксим</b>	в/м 100 мг/кг массы тела однократно
<b>Цефтриаксон</b>	в/м или в/в 25–50 мг/кг массы тела (не более 125 мг) однократно
<b>Раствор NaCl 0,9%</b>	местно многократное промывание конъюнктивы

### Профилактика новорожденных

#### ЛС выбора

<b>Нитрат серебра водный раствор 1%</b>	по 2–3 капли в каждый глаз однократно
---	---------------------------------------

## Осложнение неонатальной гонококковой инфекции

#### ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	в/м или в/в 25–50 мг/кг массы тела 1 р/сут 7 дней (при менингите — не менее 10–14 дней)
--------------------	---

#### Альтернативные ЛС

<b>Цефотаксим</b>	в/м или в/в 25 мг/кг массы тела 2 р/сут 7 дней (при менингите — не менее 10–14 дней)
-------------------	--

## Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонореей

#### ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	в/м 25–50 мг/кг массы тела (не более 125 мг) однократно
--------------------	---



## Лечение гонококковой инфекции у детей (при массе тела менее 45 кг)

### ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	<i>в/м 125 мг однократно</i>
--------------------	------------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Спектиномицин</b>	<i>в/м 40 мг/кг массы тела не более 2 г однократно</i>
----------------------	--

## У детей с массой тела более 45 кг

### ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	<i>в/м или в/в 25–50 мг/кг массы тела 1 р/сут 7 дней (при менингите — не менее 10–14 дней)</i>
--------------------	--

### Альтернативные ЛС

<b>Цефотаксим</b>	<i>в/м или в/в 25 мг/кг массы тела 2 р/сут 7 дней (при менингите — не менее 10–14 дней)</i>
-------------------	---

# Инфекция менингококковая

## Общие принципы лечения

### Профилактика

С целью выявления и изоляции носителей проводятся:

- противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции;
- вакцинация в группах риска.

**И**

При подозрении на менингококковый менингит неотложно (на догоспитальном этапе)

**Бензилпенициллин** в/в 5 млн ЕД

Этиотропная терапия генерализованных форм

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Ампициллин</b>		в/в или в/м по 3 г 4 р/сут 10 дн
<b>Бензилпенициллин</b>	в/в или в/м 4–5 млн ЕД/сут 6 р/сут 10 дн	
<b>Хлорамфеникол</b>	в/в или в/м до 3,5 г/сут в 3 введения 10 дн	
<b>Рифампицин</b>	в/в по 0,3 г 2 р/сут 6–10 дн	
<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м по 2 г 2 р/сут 5–7 дн	в/в или в/м детям 100 мг/кг/сут, но не более 4 г 5–7 сут

Обязателен контроль СМЖ.

Профилактика менингококковой инфекции

**Рифампицин** внутрь 0,6 г 1 р/сут 4 дн

# Инфекция протезированного сустава

## Общие принципы фармакотерапии

Выполняется одноэтапная артропластика, во время которой инфицированные участки иссекают, удаляют загрязнения из операционной области и немедленно устанавли-

вают новый протез. Есть другой вариант: хирургическим путем удаляются все инородные тела, загрязненные участки кости и мягких тканей, после чего минимум 4 недели проводят парентеральную антимикробную терапию. Реконструкцию протеза выполняют, в зависимости от характера инфекции, через 3 месяца или через год.

#### ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно по 1 г 2 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг/сут (или <b>Нетилмицин</b> 6–7,5 мг/кг/сут) в/в 4–6 нед
<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно 1 г 2 р/сут + <b>Цефепим</b> по 2 г 2 р/сут (или <b>Цефоперазон</b> по 2 г 2–3 р/сут, или <b>Цефтазидим</b> по 2 г 3 р/сут) в/в 4–6 нед
<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно 1 г 2 р/сут + <b>Ципрофлоксацин</b> в/в по 0,4 г 2 р/сут 4–6 нед
<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 4–6 р/сут + <b>Рифампицин</b> в/в 0,6–0,9 г/сут 4–6 нед
<b>Линезолид</b>	в/в по 0,6 г 2 р/сут + <b>Ципрофлоксацин</b> в/в по 0,4 г 2 р/сут 4–6 нед
<b>Ципрофлоксацин</b>	по 0,4 г 2 р/сут + <b>Рифампицин</b> в/в 0,6–0,9 г/сут в/в 4–6 нед

#### После завершения парентеральной терапии

<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 0,5–0,75 г 2 р/сут 3–6 мес
-----------------------	--------------------------------------

## Инфекция цитомегаловирусная

### Общие принципы лечения

Такие проявления ЦМВИ, как гепатит, эзофагит, колит успешно поддаются лечению. Исход лечения в зна-

чительной степени зависит от своевременности диагностики и назначения адекватной терапии.

Для лечения цитомегаловирусного ретинита, колита, эзофагита, пневмонии и других поражений внутренних органов или тяжелой системной ЦМВИ без выявленных поражений внутренних органов используют ганцикловир и фоскарнет.

#### Начальная терапия

<b>Ганцикловир</b>	<i>в/в инфузионно (в течение 1 ч с постоянной скоростью) по 5 мг/кг 2 р/сут 14–21 дн</i>
<b>Фоскарнет<sup>1</sup></b>	<i>в/в инфузионно (в течение 30 мин) 60 мг/кг (в 5% р-ре глюкозы или 0,9% р-ре NaCl) 3 р/сут, затем по 90–120 мг/кг в качестве поддерживающей терапии</i>

#### Поддерживающая терапия

<b>Ганцикловир</b>	<i>в/в инфузионно (в течение 1 ч с постоянной скоростью) по 6 мг/кг 5 р/нед или по 5 мг/кг 1 р/сут ежедневно</i>
--------------------	--

**При цитомегаловирусном ретините** комбинированное лечение ганцикловиром и фоскарнетом позволяет продлить ремиссию заболевания. Более эффективно внутриорбитальное введение ганцикловира и/или фоскарнета. Однако внутриорбитальное введение может приводить к серьезным осложнениям — отслойке сетчатки или инфицированию другого глаза, поэтому местную терапию нужно сочетать с систематическим внутривенным назначением ганцикловира и/или фоскарнета. В клинических испытаниях показана высокая эффективность валганцикловира у больных с цитомегаловирусным ретинитом на фоне СПИДа.

<sup>1</sup> Фоскарнет инфузионно вводят в центральные вены по 24 мг/мл или в периферические вены по 12 мг/мл.

### Пациентам с ослабленным иммунитетом

<b>Ганцикловир</b>	в/в инфузионно (в течение 1 ч с постоянной скоростью) по 1 г 3 р/сут или по 0,5 г 6 р/сут
--------------------	---

### Пациенты, перенесшие трансплантацию

Лечение пациентов, перенесших трансплантацию солидного органа или костного мозга, следует начинать в случае положительной ПЦР в двух последовательно взятых клинических образцах или выявлении  $> 5/100\ 000$  антиген-положительных клеток. Несмотря на лечение, более 2/3 больных после трансплантации органов умирают от пневмонии, поэтому обсуждаются новые подходы к лечению, в частности, проведение коротких курсов, снижающих риск развития резистентности и токсического действия лекарственных препаратов. У пациентов после аллогенной трансплантации костного мозга эффективность профилактического назначения противовирусных препаратов не доказана. Ганцикловир позволяет уменьшить частоту и тяжесть осложнений, вызванных ЦМВ, в раннем периоде после трансплантации костного мозга, однако он не влияет на продолжительность жизни у этих пациентов, что может быть частично связано с увеличением частоты суперинфекций (бактериальной, грибковой).

Для профилактики и лечения ЦМВИ у лиц с иммуносупрессией эффективен новый противовирусный препарат валганцикловир.

Во многих медицинских центрах мира стала стандартной пассивная иммунопрофилактика ЦМВИ с помощью иммуноглобулинов. В настоящее время обсуждается эффективность профилактического назначения иммуноглобулина у пациентов после трансплантации.

Вакцина против ЦМВ до сих пор не создана. В стадии разработки находится субъединичная вакцина из белка вирусной оболочки gB.

И

**В комплексной терапии ЦМВИ применяют индукторы интерферона и другие иммуномодуляторы.**

# К

## Кандидемия и острый диссеминированный кандидоз

### Общие принципы фармакотерапии

Рекомендуются применение антимикотиков и устранение или снижение выраженности факторов риска (удаление всех внутрисосудистых катетеров, купирование нейтропении и пр.). Выбор антимикотика зависит от вида возбудителя и его чувствительности к противогрибковым ЛС, а также от клинического состояния пациента. Если пациент до развития заболевания получал антифунгальную профилактику азольными ЛС, назначается амфотерицин В.

Продолжительность лечения должна составлять не менее 2 недель после исчезновения всех клинических признаков и последнего выявления *Candida spp.* из крови (очага поражения). После завершения лечения показано наблюдение в течение не менее двух месяцев для исключения возникновения поздних очагов гематогенной диссеминации.

*C. albicans, C. tropicalis, C. parapsilosis*

Амфотерицин В	в/в 0,6 мг/кг/сут
---------------	-------------------

<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг) каждые 12 ч
<b>Каспофунгин</b>	в/в 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут 1 р/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в 6 мг/кг/сут

### *C. glabrata*

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,8–1,0 мг/кг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин</b>	в/в 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в 12 мг/кг/сут

### *C. krusei*

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 1,0 мг/кг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин</b>	в/в 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут

### *C. lusitanae, C. guilliermondii*

<b>Каспофунгин</b>	в/в 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг на 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Флуконазол</b>	в/в 6 мг/кг/сут

### Возбудитель не определен

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 1,0 мг/кг/сут
<b>Вориконазол<sup>1</sup></b>	в/в 6 мг/кг на 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)

<sup>1</sup> По показаниям амфотерицин В заменяют липосомальным амфотерицином В по 3 мг/кг/сут. После стабилизации состояния пациента и определения вида возбудителя амфотерицин В или амфотерицин В липосомальный могут быть заменены флуконазолом.



<b>Каспофунгин<sup>1</sup></b>	в/в 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
--------------------------------	---

Состояние пациента нестабильно  
(шок, полиорганная недостаточность):

<b>Амфотерицин В<sup>1</sup></b>	в/в 0,6 мг/кг/сут
----------------------------------	-------------------

<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг на 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
--------------------	--

<b>Каспофунгин</b>	в/в 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
--------------------	---

## Кандидоз инвазивный

### Общие принципы фармакотерапии

Адекватность антимикотической терапии у пациентов с инвазивным кандидозом имеет особое значение, поскольку это заболевание характеризуется тяжестью клинических проявлений и высокой летальностью (30–70%).

Основными антимикотиками для лечения инвазивного кандидоза являются амфотерицин В, флуконазол, вориконазол и каспофунгин. Если пациент до развития заболевания получал антифунгальную профилактику азольными ЛС, назначается амфотерицин В. Роль других системных азольных ЛС (кетоконазол и итраконазол) менее значима в связи с их вариабельной биодос-

<sup>1</sup> По показаниям амфотерицин В заменяют липосомальным амфотерицином В по 3 мг/кг/сут. После стабилизации состояния пациента и определения вида возбудителя амфотерицин В или амфотерицин В липосомальный могут быть заменены флуконазолом.

тупностью при пероральном приеме и относительно небольшом опыте в лечении различных вариантов инвазивного кандидоза. Применение вместо амфотерицина В его липосомальных ЛС рекомендуется при наличии у пациента:

- почечной недостаточности (концентрация креатинина в сыворотке крови  $\geq 221$  мкмоль/л для взрослых и  $\geq 133$  мкмоль/л для детей или клиренс креатинина  $< 25$  мл/мин);
- неэффективности амфотерицина В после его применения в суммарной дозе  $\geq 7$  мг/кг веса;
- проявлений нефротоксичности амфотерицина В;
- некупируемых премедикацией выраженных инфузионных реакциях при инфузии амфотерицина В.

При назначении лечения следует учитывать вид возбудителя и его чувствительность к антимикотикам. Вид *Candida spp.* весьма четко коррелирует с чувствительностью к антимикотикам.

## Антифунгальная профилактика

### Реципиенты трансплантатов кроветворных стволовых клеток

- аллогенная ТКСК;
- аутологичная ТКСК у пациентов с гемобластозами, с риском продолжительного агранулоцитоза и/или мукозита, а также у получавших флударабин или 2-хлородеоксиаденозин.

#### ЛС выбора

**Флуконазол**

в/в 400 мг/сут с момента ТКСК до завершения периода нейтропении

## Реципиенты трансплантатов печени

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	в/в 1 мг/кг/сут 5 дн
<b>Флуконазол</b>	в/в 400 мг/сут 10 нед

## Эмпирическая антифунгальная терапия

### Эмпирическая антифунгальная терапия у пациентов с резистентной к антибиотикам фебрильной нейтропенией

- агранулоцитоз (количество палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофильных гранулоцитов в периферической крови менее  $0,5 \times 10^9/\text{л}$ );
- лихорадка неясной этиологии, резистентная к адекватной терапии антибиотиками широкого спектра действия, продолжительностью более 4–6 суток.

### ЛС выбора\*

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,6–0,7 мг/кг/сут
<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	в/в 1–3 мг/кг/сут
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем 4 мг/кг или перорально 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)

\*Продолжительность лечения — не менее семи дней после нормализации температуры тела, а также до завершения периода нейтропении ( $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$ ).

**К**

## Альтернативные ЛС

Флуконазол	в/в 6 мг/кг/сут
------------	-----------------

### Эмпирическая антифунгальная терапия при высоком риске развития острого диссеминированного кандидоза у пациентов без нейтропении

- лихорадка неясной этиологии продолжительностью более 4–6 суток, резистентная к адекватной терапии антибиотиками широкого спектра действия;
- распространенная ( $\geq$  двух локализаций) колонизация *Candida* spp.;
- наличие двух и более факторов риска развития острого диссеминированного кандидоза.

### ЛС выбора<sup>1</sup>

Флуконазол	в/в 6 мг/кг/сут
------------	-----------------

## Альтернативные ЛС

Амфотерицин В	в/в 0,6–0,7 мг/кг/сут
---------------	-----------------------

Амфотерицин В липосомальный	в/в 1–3 мг/кг/сут
--------------------------------	-------------------

### Профилактика после хирургических операций

- повторные перфорации ЖКТ.

<sup>1</sup> Продолжительность лечения — не менее пяти дней после нормализации температуры тела.

**ЛС выбора**

<b>Флуконазол</b>	<i>в/в 400 мг/сут до стойкой стабилизации состояния пациента</i>
-------------------	--

# Кандидоз кожи

**Общие принципы лечения**

Лечение проводится на фоне устранения или снижения выраженности факторов риска, гигиенических мероприятий.

**ЛС выбора**

<b>Амфотерицин В</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Бифоназол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Изоконазол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Кетоконазол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Клотримазол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Миконазол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Нистатин</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Натамицин</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Нафтифин</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Оксиназол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Циклопирокс</b>	<i>местно 7–14 дн</i>
<b>Эконазол</b>	<i>местно 7–14 дн</i>

**Альтернативные ЛС**

<b>Кетоконазол</b>	<i>внутри 400 мг/сут 7–14 дн</i>
<b>Флуконазол</b>	<i>внутри 150 мг 1 р/нед 14 дн</i>

# Кандидоз кожи и слизистых оболочек хронический

## Общие принципы лечения

Необходимы длительное повторное применение антимикотиков и коррекция иммунного дефекта. Использование антифунгальных ЛС для наружного применения обычно неэффективно.

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	<i>внутрь 3 мг/кг/сут ежедневно 2–6 мес</i>
-------------------	---

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	<i>внутрь 3–6 мг/кг/сут ежедневно 2–6 мес</i>
--------------------	---

# Кандидоз мочевыводящих путей

## Общие принципы лечения

Применение антимикотиков показано только при наличии клинических признаков инфекции или высоком риске развития инвазивного кандидоза. Важным условием успешного лечения является устранение факторов риска (удаление или замена мочевых катетеров и пр.).

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	<i>внутрь 3 мг/кг/сут 7–14 дн</i>
-------------------	-----------------------------------

## Альтернативные ЛС

**Амфотерицин В<sup>1</sup>** в/в 0,3–1,0 мг/кг/сут 1–7 дн

Промывание мочевого пузыря амфотерицином В (50–200 мкг/мл) обычно сопровождается временным прекращением кандидурии, однако этот метод лечения неэффективен при поражении вышележащих отделов мочевыделительной системы.

## Бессимптомная кандидурия у пациентов без факторов риска развития острого диссеминированного кандидоза

Применение антимикотиков не рекомендуется. Показано устранение или снижение факторов риска (удаление или замена мочевого катетера, оптимизация антимикробной терапии, коррекция сахарного диабета и т.д.).

## Кандидоз пищевода

### Общие принципы лечения

Используются системные противогрибковые ЛС; применение неабсорбируемых антимикотиков (нистатин, натамицин, леворин) обычно неэффективно.

<sup>1</sup> При рефрактерности к лечению флуконазолом.

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	<i>в/в по 100–200 мг/сут 2–4 нед</i>
-------------------	--------------------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	<i>внутри по 200–400 мг/сут 2–4 нед</i>
--------------------	---

<b>Кетоконазол</b>	<i>внутри по 200–400 мг/сут 2–4 нед</i>
--------------------	---

<b>Флуконазол</b>	<i>внутри по 100–200 мг/сут 2–4 нед</i>
-------------------	---

<b>Амфотерицин В<sup>1</sup></b>	<i>в/в по 0,3–0,7 мг/кг/сут 2–4 нед</i>
----------------------------------	---

# Кандидоз полости рта

## Общие принципы лечения

### Острый кандидоз полости рта

#### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	<i>внутри 100 мг/сут 3–14 дн</i>
-------------------	----------------------------------

#### Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В суспензия 100 мг/мл</b>	<i>местно по 1 мл 4 р/сут 7–14 дн</i>
--	---------------------------------------

<b>Клотримазол, р-р 1%</b>	<i>местно по 1 мл 4 р/сут 7–14 дн</i>
--------------------------------	---------------------------------------

<b>Леворина суспензия 20 000 ЕД/мл</b>	<i>местно по 10–20 мл 3–4 р/сут 7–14 дн</i>
--	---

<sup>1</sup> При кандидозе, рефрактерном к другим антимикотикам.



<b>Натамицина суспензия 2,5%</b>	местно по 1 мл 4–6 р/сут 7–14 дн
<b>Нистатина суспензия 100 000 ЕД/мл</b>	местно по 5–10 мл 4 р/сут 7–14 дн
<b>Гексетидин (раствор 0,1%, спрей 0,2%)</b>	местно 7–14 дн

При неэффективности лечения стандартными дозами флуконазола

<b>Итраконазол</b>	внутри 200–400 мг/сут 3–14 дн
<b>Флуконазол</b>	внутри 200 мг/сут 3–14 дн
<b>Амфотерицин В</b>	местно 200–400мг/ дн
<b>Натамицин</b>	местно 200–400мг/ дн
<b>Нистатин</b>	местно 200–400мг/ дн

При резистентном к другим антимикотикам кандидозе

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,3 мг/кг/сут 3–7 дн
----------------------	-----------------------------

Антимикотики используют на фоне устранения или снижения выраженности факторов риска, например, коррекции нейтропении, тщательной дезинфекции зубных протезов и пр.

Часто повторяющиеся или осложненные рецидивы

При обострении назначают азольные антимикотики внутрь или местно в течение 7–14 дней с учетом вида и чувствительности к антимикотикам. Необходимо устранение или снижение выраженности факторов риска.

После достижения ремиссии проводится противорецидивная терапия системными антимикотиками или ЛС для местного применения.

**К**

# Кандидоз хронический диссеминированный (гепатолиенальный)

## Общие принципы фармакотерапии

Важными условиями успешного лечения являются длительное (3–6 месяцев) применение антимикотиков, а также антифунгальная профилактика рецидива после достижения ремиссии.

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,6–0,7 мг/кг/сут 1–3 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 6 мг/кг/сут 3–6 мес
<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,6–0,7 мг/кг/сут 3–6 мес
<b>Флуконазол</b>	в/в 6 мг/кг/сут 3–6 мес

В период каждого последующего курса цитостатической или иммуносупрессивной терапии проводится обязательная профилактика рецидива.

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	в/в 6 мг/кг/сут или <b>Амфотерицин В</b> по 0,6–0,7 мг/кг/сут
-------------------	---

# Кератит бактериальный

## Общие принципы лечения

### Язва роговицы, вызванная синегнойной палочкой

#### ЛС выбора

<i>Ломефлоксацин, капли глазные 0,3%</i>	<i>местно 14–36 дн</i>
<i>Тобрамицин, капли глазные 0,3%</i>	<i>местно 14–36 дн</i>
<i>Ципрофлоксацин, капли глазные 0,3%</i>	<i>местно 14–36 дн</i>

Лечение необходимо начинать немедленно. Анти-микробные ЛС используют по методике форсированной терапии: первые 2 ч каждые 15 мин, затем до конца суток каждый час, последующий день каждые 2 ч, в дальнейшем каждые 3 ч. При одновременном использовании тобрамицина и ломефлоксацина эффективность терапии повышается.

#### Альтернативные ЛС

<i>Тобрамицин</i>	<i>субконъюнктивально (парабульбарно) 20 мг 1 р/сут 10–20 дн</i>
<i>Цефтазидим</i>	<i>субконъюнктивально (парабульбарно) 100 мг 1 р/сут 10–20 дн</i>

### Язва роговицы, вызванная гонококком

Местное и системное лечение начинается немедленно при подозрении на гонококковый характер поражения глаз.

К

При раздвинутых веках конъюнктивный мешок обильно промывается

<b>Борная к-та 2% р-р</b>	1 р/сут
<b>Ломефлоксацин, капли глазные 0,3%</b>	местно 6–8 р/сут 7–21 дн
<b>Офлоксацин, глазные капли 0,3%</b>	местно 6–8 р/сут 7–21 дн
<b>Ципрофлоксацин, глазные капли 0,3%</b>	местно 6–8 р/сут 7–21 дн

Антиаллергическая терапия

<b>Антазолин</b>	0,5 мг/мл + <b>Тетризолин 0,4 мг/мл</b> глазные капли, инстилляций 2 р/сут
------------------	--

При появлении язвы роговицы — глазные капли репаранты.

## Язва роговицы, вызванная стафилококком

ЛС выбора

<b>Ванкомицин, капли глазные 1%</b>	4–6 р/сут
<b>Фузидиевая кислота, гель глазной 1%</b>	2 р/сут
<b>Ципрофлоксацин, капли глазные 0,3%</b>	4–6 р/сут

Альтернативные ЛС

<b>Гентамицин, капли глазные 0,3%</b>	4–5 р/сут
<b>Сульфацил натрий, капли глазные 20%</b>	4–5 р/сут
<b>Хлорамфеникол, капли глазные 0,2%</b>	4–5 р/сут

<b>Тетрацилин,</b> мазь глазная 1%	3–4 р/сут
---------------------------------------	-----------

<b>Эритромицин,</b> мазь глазная 1%	3–4 р/сут
--	-----------

При тяжелом течении язвы — инъекция субконъюнктивальная (парабульбарная).

<b>Ванкомицин</b>	25 мг
-------------------	-------

<b>Оксациллин</b>	100 мг
-------------------	--------

<b>Цефазолин</b>	100 мг
------------------	--------

## Кератит герпетический

### Общие принципы лечения

После заражения ВПГ остается пожизненная персистенция вируса в организме, и ни одно ЛС из известных в настоящее время не способно элиминировать вирус из организма, однако может предупредить рецидив.

Лечение следует начинать по возможности немедленно — задержка на 1–2 дня может привести к значительной потере зрения или к гибели глаза. В плане фармакотерапии следует учитывать, что клиническая картина герпетических поражений глаз нередко осложняется сопутствующей инфекцией и метаболическим поражением тканей глаза, повышением внутриглазного давления и вторичной глаукомой, нарушениями прозрачности хрусталика и развитием катаракты.

Предпочтение следует отдать селективным противогерпетическим ЛС. При местной терапии ацикловиром и интерфероном противовирусный эффект усиливает-

**К**

ся. При среднетяжелых и тяжелых формах необходимо лечение в стационаре.

#### ЛС выбора

<b>Ацикловир, мазь глазная 3%</b>	5 р/сут 7–36 дн
<b>Идоксуридин, капли глазные 0,1%</b>	4–5 р/сут 7–36 дн
<b>Интерферон человеческий лейкоцитарный</b>	8000 ЕД/фл, разводится в 1 мл дистиллированной воды, инстилляци 6–8 р/сут 7–36 дн

#### Альтернативные ЛС

<b>Интерферон человеческий лейкоцитарный</b>	500 мкг/фл, разводится в 1 мл дистиллированной воды, инстилляци 6–8 р/сут
<b>Полиаденил-уридин- новая кислота</b>	инстилляци 6–8 р/сут
<b>Флуоренонил- глиоксал, мазь глазная 0,5%</b>	5 р/сут

#### В случаях глазной гипертензии (вторичная глаукома)

<b>Бетоксалол, капли глазные</b>	2 р/сут
<b>Бринзоламид, капли глазные</b>	2 р/сут

## Кератиты грибковые (кератомикозы)

### Общие принципы лечения

Длительное, обычно системное и местное.

### ЛС выбора

<b>Борная к-та</b> 2% р-р	промывание конъюнктивного мешка местно 3–4 р/сут
<b>Кетоконазол,</b> суспензия глазная	местно 3–4 р/сут
<b>Миконазол,</b> мазь глазная	местно 3–4 р/сут

### При остром течении

<b>Антазолин</b>	0,5 мг/мл + <b>Тетризолин</b> 0,4 мг/мл, глазные капли 2 р/сут 7 дн
------------------	---

### При подостром течении

<b>Кромогликат натрия,</b> 2 р/сут 14 дн капли глазные 2%
<b>Лодоксамид,</b> 2 р/сут 14 дн капли глазные 0,1%

### Противовоспалительная терапия

<b>Диклофенак,</b> 2–3 р/сут 14 дн капли глазные 0,1%
--

# Конъюнктивиты бактериальные

## Общие принципы лечения

### ЛС выбора

<b>Ломефлоксацин,</b> 3–4 р/сут капли глазные 0,3%
<b>Пиклоксидин,</b> 2–4 р/сут капли глазные 0,05%
<b>Сульфацил натрия,</b> 3–4 р/сут капли глазные 10–20%

К

<b>Тобрамицин,</b> капли глазные 0,3%	3–4 р/сут
--	-----------

<b>Фузидиевая кислота,</b> гель глазной 1%	2 р/сут
---	---------

При отсутствии признаков улучшения в первые пять дней ЛС следует сменить.

#### Альтернативные ЛС

<b>Борная кислота,</b> капли глазные 2%	2–3 р/сут
--	-----------

<b>Гентамицин,</b> капли глазные 0,3%	3–4 р/сут
--	-----------

<b>Хлорамфеникол,</b> капли глазные 0,25%	3–4 р/сут
--	-----------

#### Антиаллергические ЛС

<b>Кромогликат натрия,</b> капли глазные 2%	2 р/сут
--	---------

<b>Лодоксамид,</b> капли глазные 0,1%	2 р/сут
--	---------

## Острый конъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой

Необходима срочная и интенсивная антимикробная терапия, поскольку промедление на 1–2 дня может привести к развитию язвы роговицы и глаза.

#### ЛС выбора

<b>Ломефлоксацин,</b> капли глазные 0,3%	местно 5–6 р/сут 2–3 нед
---	--------------------------

<b>Тобрамицин,</b> капли глазные 0,3%	местно 5–6 р/сут 2–3 нед
--	--------------------------

<b>Ципрофлоксацин,</b> капли глазные 0,3%	местно 5–6 р/сут 2–3 нед
--	--------------------------



<b>Тобрамицин</b>	местно 5–6 р/сут 2–3 нед + <b>Ломефлоксацин</b> 3 р/сут
-------------------	--

### Альтернативные ЛС

<b>Гентамицин,</b> капли глазные 0,3%	5–6 р/сут
--	-----------

<b>Офлоксацин,</b> капли глазные 0,3%	5–6 р/сут
--	-----------

### При угрозе распространения на роговицу:

<b>Лев офлоксацин</b>	внутри 0,5 г 1 р/сут
-----------------------	----------------------

<b>Тобрамицин, пара-</b> бульбарные инъекции	по 20 мг/сут
---	--------------

<b>Цефтазидим, пара-</b> бульбарные инъекции	по 100 мг/сут
---	---------------

### Антиаллергические ЛС

<b>Антазолин</b>	0,5 мг/мл + <b>Тетразолин</b> 0,4 мг/мл капли глазные 2 р/сут 7 дн
------------------	---

### При уменьшении воспалительной реакции

<b>Кромогликат натрия,</b> капли глазные	2 р/сут
---	---------

<b>Лодоксамид,</b> капли глазные 0,1%	2 р/сут
--	---------

К

## Конъюнктивиты вирусные

### Общие принципы лечения

- Осмотр глаз каждого пациента в день госпитализации для предупреждения заноса инфекции в стационар.

- Раннее выявление случаев заболеваний в стационаре.
- Изоляция при единичных заболеваниях или карантин при вспышках, противозидемические мероприятия.
- Санитарно-просветительная работа.

### ЛС выбора

<b>Интерферон</b> человеческий лейкоцитарный 200 мкг/фл	по 1–2 капли 6–8 р/сут 14–21 сут (АВК), 28 дн (ЭКК)
---	---

<b>Интерферон</b> человеческий лейкоцитарный 8000 ЕД/фл	по 1–2 капли 6–8 р/сут 14–21 сут (АВК), 28 дн (ЭКК)
---	---

### Альтернативные ЛС

<b>Парааминобензойная к-та</b> , капли глазные 0,007%	6–8 р/сут
---	-----------

<b>Полиаденил-уридиновая кислота</b>	по 1–2 капли 6–8 р/сут
--------------------------------------	------------------------

### Антиаллергические ЛС

<b>Антазолин</b>	0,5 мг/мл 10–14 сут + <b>Тетризолин</b> 0,4 мг/мл, инстиляция 2 р/сут 10–14 дн
------------------	--

### При нарушениях слезной пленки

<b>Слеза натуральная</b> , капли глазные	4–6 р/сут
--	-----------

<b>Офтагель</b> , гель глазной	2–3 р/сут
--------------------------------	-----------

# Конъюнктивиты хламидийные

## Хламидийный конъюнктивит взрослых (паратрахома)

Хламидийные конъюнктивиты составляют от 10 до 30% среди выявленных инфекций. Заражение происходит обычно в возрасте 20–30 лет. Причем женщины болеют в 2–3 раза чаще мужчин. Конъюнктивиты развиваются главным образом на фоне урогенитальной хламидийной инфекции (уретрит, цервицит, эрозия шейки матки), которые могут протекать бессимптомно, не беспокоя пациента.

### ЛС выбора

<b>Ломефлоксацин,</b> капли глазные 0,3%	местно 5 р/сут
<b>Офлоксацин,</b> капли глазные 0,3%	местно 5 р/сут
<b>Тетрациклин</b>	5 мг местно 5 р/сут + <b>Хлорамфеникол</b> 10 мг местно 5 р/сут + <b>Колистиметат натрий</b> 180000 МЕ, мазь глазная местно 5 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Тетрациклин,</b> мазь глазная 1%	4 р/сут
<b>Эритромицин,</b> мазь глазная 10 тыс ЕД/г	4 р/сут

К

## Хламидийный конъюнктивит новорожденных

Заболевание имеет тесную эпидемиологическую связь с урогенитальной инфекцией. Среди новорожденных, родившихся от инфицированной матери, хламидийный конъюнктивит обнаруживают в 20–50%.

### ЛС выбора

<b>Тетрацилин,</b> глазная мазь 1%	местно 4 р/сут 21–28 дней
<b>Эритромицин,</b> глазная мазь 0,5%	местно 4 р/сут 21–28 дней

## Эпидемический хламидийный конъюнктивит

Все конъюнктивальные явления могут претерпевать обратное развитие и без лечения через 3–4 недели.

### ЛС выбора

<b>Глазные капли</b> <b>ломефлоксацина</b> <b>или офлоксацина</b>	местно 6 р/сут 14–21 дн
<b>Тетрациклиновая</b> <b>глазная мазь 1%</b>	местно 4 р/сут 14–21 дн
<b>Эритромициновая</b> <b>глазная мазь,</b> <b>10000 ЕД/г</b>	местно 4 р/сут 14–21 дн

# Криптококкоз

## Общие принципы лечения

Выбор и продолжительность применения антимикотиков определяются состоянием пациента и локализацией процесса. Кроме ранней диагностики и антифунгальной терапии обязательными условиями успешного лечения криптококкового менингита являются снижение внутричерепного давления (повторные люмбальные пункции, шунтирование), антифунгальная профилактика рецидива, а также устранение или снижение выраженности факторов риска, например, высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) при СПИДе.

## Внелегочный, неменингеальный криптококкоз

Продолжительность лечения зависит от выраженности заболевания. Хирургическое лечение может быть показано при поражении костей, абсцессах головного мозга и пр.

### ЛС выбора

<i>Флуконазол</i>	<i>в/в или внутрь 200–400 мг/сут</i>
-------------------	--------------------------------------

### Альтернативные ЛС

<i>Амфотерицин В</i>	<i>в/в 0,3–0,6 мг/кг/сут</i>
----------------------	------------------------------

<i>Итраконазол</i>	<i>внутри по 200–400 мг/сут</i>
--------------------	---------------------------------

К

## Менингит криптококковый

### Пациенты без иммунодефицита

#### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,7–1,0 мг/кг/сут 2 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 400 мг/сут не менее 10 нед
<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,7–1,0 мг/кг/сут 6–10 нед

#### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Амфотерицин В</b> липосомальный	в/в 3–6 мг/кг/сут 6–10 нед
---------------------------------------	----------------------------

### Пациенты со СПИДом

#### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,7–1,0 мг/кг/сут 6–10 нед
<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,7–1,0 мг/кг/сут 2 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 400 мг/сут не менее 10 нед
<b>Амфотерицин В</b> липосомальный	в/в 3–6 мг/кг/сут 2 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 400 мг/сут 10 нед
<b>Флуконазол</b>	в/в 400–800 мг/сут 10–12 нед

#### Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В</b> липосомальный <sup>1</sup>	в/в 3–6 мг/кг/сут 6–10 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 400 мг/сут 10 нед
<b>Итраконазол</b>	внутри 400 мг/сут 10–12 нед

<sup>1</sup> При наличии показаний — см. раздел «Кандидемия и острый диссеминированный кандидоз».

## Пневмония криптококковая

### Пациенты без иммунодефицита

#### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	в/в или внутрь 200–400 мг/сут 3–12 мес <sup>1</sup>
-------------------	---

#### Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,5–1,0 мг/кг/сут до суммарной дозы 1–2 г
----------------------	---

<b>Итраконазол</b>	внутри 200–400 мг/сут 3–12 мес <sup>1</sup>
--------------------	---

### Иммунокомпрометированные пациенты

Антифунгальная терапия может быть прекращена при эффективной в течение шести месяцев ВААРТ (количество CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов > 100–200 кл./мкл).

#### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	в/в или внутрь 200–400 мг/сут пожизненно <sup>1</sup>
-------------------	---

#### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	в/в или внутрь 200–400 мг/сут пожизненно <sup>1</sup>
--------------------	---

## Профилактика

Рутинная первичная антифунгальная профилактика у ВИЧ-инфицированных пациентов не рекомендуется.

Профилактика рецидива проводится пожизненно после достижения ремиссии. Она может быть отменена при эффективной в течение шести месяцев ВААРТ (ко-

<sup>1</sup> Продолжительность лечения зависит от выраженности заболевания.

личество CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов > 100–200 кл/мкл) и возобновлена при снижении количества CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов < 100–200 кл/мкл.

#### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	внутри 3–6 мг/кг/сут
-------------------	----------------------

#### Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 1 мг/кг/сут 1–3 р/нед
----------------------	---------------------------

<b>Итраконазол</b>	внутри 2–5 мг/кг/сут
--------------------	----------------------



## Л

## Лейшманиоз висцеральный

### Общие принципы лечения

#### ЛС выбора<sup>1</sup>

<b>Меглумина антимонат</b>	<i>в/м 60–100 мг/кг/сут 15 дней: 25% дозы — 1-е сут; 50% дозы — 2-е сут; 50% дозы — 3-е сут; полная доза — с 4-х сут</i>
--------------------------------	--

#### Альтернативные ЛС

<b>Амбизом (липосомальный амфотерицин В)</b>	<i>в/в капельно 3 мг/кг 1 р/сут — в 1–5-е и 10-е сут (суммарная доза 18 мг/кг) 10 дней</i>
<b>Пентамидин</b>	<i>внутримышечно 4 мг/кг 1 р/сут 10–15 дней</i>

## Лептоспироз

### Общие принципы лечения

#### Профилактика

Проводится вакцинация групп риска и санитарная охрана водоемов.

<sup>1</sup> При необходимости лечение повторяют через 4–6 недель.

**ЛС выбора**

<b>Ампициллин</b>	в/в или в/м 1,5–2 г 4 р/сут 7 дн
<b>Бензилпенициллин</b>	в/в или в/м 3 млн ЕД/сут в 4–6 р/сут, при менингите — 24–30 млн ЕД/сут 7 дн
<b>Амоксициллин</b>	внутри по 500 мг 3 р/сут 7 дн

**Альтернативные ЛС**

<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 7 дн
--------------------	-------------------------------

# Лимфаденит

## Общие принципы лечения

Выбор метода лечения зависит от стадии воспаления. При начальных проявлениях наряду с активным лечением основного очага инфекции возможно **консервативное лечение** лимфаденита физиотерапевтическим воздействием на область узлов (УВЧ, кварц), а также повязки с мазями из ПЭГ основе.

При выявлении гнойного очага в области узла показано **оперативное лечение** — хирургическая обработка, тщательное удаление расплавленных гноем тканей, тампонада с мазями на ПЭГ основе.

Лечение специфического лимфаденита (проявление туберкулеза, сифилиса, актиномикоза, туляремии и других инфекционных заболеваний) должно начинаться с лечения основного заболевания.

**ЛС выбора**

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 3–5 дн
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в или в/м по 1,5 г 3 р/сут 3–5 дн

<b>Цефадроксил</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 3–5 дн
<b>Цефазолин</b>	в/в или в/м по 1 г 2 р/сут 3–5 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b>	внутри по 0,3 г 4 р/сут или в/в, в/м по 0,45–0,6 г 3 р/сут 3–5 дн
<b>Линкомицин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут или в/в, в/м по 0,6 г 3 р/сут 3–5 дн

## Лимфангит

### При нетяжелой инфекции

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 3–5 дн
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в или в/м по 1,5–3 г 3 р/сут 3–5 дн
<b>Цефадроксил</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 3–5 дн
<b>Цефалексин</b>	внутри по 500 мг 4 р/сут 3–5 дн

#### Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b>	внутри по 300 мг 4 р/сут 3–5 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 3–5 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри по 150 мг 2 р/сут 3–5 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 3–5 дн

### При тяжелой инфекции

**Местно** при инфильтративной форме лимфангита применяются компрессы на всю конечность с мазями на ПЭГ основе:

*Левомеколь*  
*Левосин*

Л

*Нитацид*  
*Хинифурил 0,5%*  
 либо мазь:  
*Банеоцин (цинк-бацитрацин + неомицина*  
*сульфат)*

**ЛС выбора**

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в 1,2 г 3 р/сут 5–7 дн
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в или в/м по 1,5–3 г 3–4 р/сут 5–7 дн
<b>Клиндамицин</b>	в/в или в/м по 300–450 мг 3–4 р/сут 5–7 дн
<b>Линкомицин</b>	в/в или в/м по 600 мг 3 р/сут 5–7 дн
<b>Цефуросим</b>	в/в или в/м по 750 мг 3 р/сут 5–7 дн

# Липома нагноившаяся

## Общие принципы лечения

Системная **антимикробная терапия** при своевременном и радикальном хирургическом лечении не требуется.

При невозможности проведения адекватного хирургического лечения

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутрь по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 3–5 дн
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в или в/м по 1,5 г 3 р/сут 3–5 дн
<b>Клиндамицин</b>	внутрь по 300 мг 4 р/сут 3–5 дн
<b>Цефадроксил</b>	внутрь по 1 г 2 р/сут 3–5 дн
<b>Цефуросим аксетил</b>	внутрь по 500 мг 2 р/сут 3–5 дн

# Листерия

## Общие принципы лечения

### Профилактика

В профилактических целях проводится:

- термическая обработка пищевых продуктов;
- борьба с листериозом животных;
- обследование женщин, планирующих беременность.

Специфические методы профилактики листериоза не разработаны.

### При нервной форме листериоза

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Амикацин</i>	в/в или в/м 10–15 мг/кг/сут в 2–3 введения	
<i>Амоксициллин/клавуланат</i>	в/в или в/м по 1,2 г 3 р/сут	в/в или в/м 30 мг/кг/сут
<i>Ампициллин/сульбактам</i>	в/в или в/м 1,5 г 4 р/сут	в/в или в/м 150 мг/кг/сут
<i>Бензилпенициллина натриевая соль</i>	в/в или в/м не менее 40 млн ЕД/сут в 4–6 введений	
<i>Линезолид</i>	в/в по 0,6 г 2 р/сут	
<i>Меропенем</i>	в/в по 2 г 3 р/сут	

Длительность терапии определяется динамикой состояния и эрадикацией возбудителя из СМЖ; терапия бензилпенициллином проводится не менее 21 дня.

При других формах заболевания назначаются те же препараты с коррекцией доз.

# Лишай отрубевидный

## Общие принципы лечения

Для лечения обычно используются противогрибковые ЛС для наружного применения. Системные антимикотики показаны при резистентном течении заболевания.

### ЛС выбора

<i>Бифоназол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Изоконазол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Кетоконазол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Клотримазол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Миконазол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Нафтифин</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Оксиконазол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Тербинафин</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>
<i>Эконазол</i>	<i>местно 7–14 дн, затем 1 р/мес 6 мес</i>

### Альтернативные ЛС

<i>Итраконазол</i>	<i>внутри 200–400 мг 3–7 дн</i>
<i>Кетоконазол</i>	<i>внутри 200 мг 5–10 дн</i>
<i>Флуконазол</i>	<i>внутри 400 мг однократно</i>

# Лямблиоз

## Общие принципы лечения

Специфическое лечение назначают при лабораторном обнаружении лямблий и наличии клинических признаков заболевания.

### ЛС выбора

<b>Тинидазол</b>	<i>внутри 2 г однократно</i>
<b>Метронидазол</b>	<i>внутри по 400 мг 3 р/сут 5 –7 дн</i>

### Альтернативные ЛС

<b>Макмирор</b>	<i>внутри по 400 мг 2–3 р/сут 7 дн</i>
<b>Фуразолидон</b>	<i>внутри по 100 мг 4 р/сут 7 дн</i>

Л

Схемы лечения. Инфекции



# М

## Малярия

### Общие принципы лечения

Лечение больных малярией должно быть направлено на прерывание эритроцитарной шизогонии (купирование острых приступов заболевания), уничтожение гаметоцитов (прекращение передачи инфекции) и гипнозоитов (профилактика отдаленных рецидивов трехдневной малярии и малярии, вызванной *P. ovale*).

Этиотропное лечение больных малярией начинают немедленно после установления диагноза и взятия крови для паразитологического исследования.

### Трехдневная малярия, вызванная *P. vivax* и *P. ovale*

#### Купирование малярийных приступов

<b>Хлорохин</b> (основание)	внутрь 10 мг/кг, затем 5 мг/кг через 4–6 ч — 1-е сут, 5 мг/кг 1 р/сут — 2-е и 3-е сут
--------------------------------	--

#### Радикальное лечение

<b>Примахин</b>	внутрь 0,25 мг/кг 1 р/сут 14 дн
-----------------	---------------------------------

## Четырехдневная малярия

### Купирование малярийных приступов

<b>Хлорохин</b> (основание)	внутри 10 мг/кг, затем 5 мг/кг через 4–6 ч — 1-е сут, мг/кг 1 р/сут — 2-е и 3-е сут
--------------------------------	--

### Радикальное лечение

<b>Хлорохин</b> (основание)	внутри 10 мг/кг, затем 5 мг/кг через 4–6 ч — 1-е сут, 5 мг/кг 1 р/сут — 2-е — 5-е сут
--------------------------------	--

## Тропическая малярия неосложненная (при наличии чувствительности к хлорохину)

### ЛС выбора

<b>Хлорохин</b> (основание)	внутри 10 мг/кг 1 р/сут — 1-е и 2-е сут, 5 мг/кг 1 р/сут — 3-е сут
--------------------------------	---

### Гаметоцитоносительство

<b>Примахин</b> (основание)	внутри 0,5 мг/кг 1 р/сут 2–3 дн
--------------------------------	---------------------------------

## Тропическая малярия в районах с *P. falciparum*, резистентным к хлорохину

<b>Мефлохин</b>	внутри 15 мг/кг однократно
<b>Фансидар</b> (пириметамин + сульфадоксин)	внутри 1575 мг (3 таб) однократно

## Тропическая малярия в районах с *P. falciparum*, устойчивым к хлорохину и сочетанию сульфаниламидов с пириметамином

### ЛС выбора

<b>Мефлохин</b>	внутри по 15–25 мг/кг 1–2 р/сут (с интервалом 6 ч) 1 день
-----------------	--

### Альтернативные ЛС

<b>Доксициклин</b> (одновременно или после окончания лечения хинином)	внутри 100 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Хинин</b> (соляно-кислый или серно-кислый)	внутри по 10 мг/кг 3 р/сут 7 дн

### Тропическая малярия в районах с *P. falciparum*, обладающим поливалентной устойчивостью к химиопрепаратам

#### ЛС выбора

<b>Артесунат</b>	внутри 4 мг/кг 1 р/сут 3 сут + <b>Мефлохин</b> 15 мг/кг однократно (в 1-е сут)
<b>Артесунат</b>	внутри 200 мг 1 р/сут — 1-е сут, 100 мг 1 р/сут — 2–7-е сут

#### Альтернативные ЛС

<b>Галофантрин</b>	внутри по 8 мг/кг 3 р/сут (каждые 6 ч) 1 день
<b>Хинин</b>	внутри по 10 мг/кг 3 р/сут в сочетании с <b>Доксициклином</b> (см. выше) 7 дн

### Тяжелая тропическая малярия

#### ЛС выбора

<b>Хинин</b> (в 5% растворе глюкозы или изотоническом растворе)	в/в капельно 10 мг/кг 4 ч, далее — по 10 мг/кг каждые 8 ч с последующим переводом на пероральную форму препарата
---	--

#### Альтернативные ЛС

<b>Артемизинин</b>	в/м 160 мг/сут — 1-е сут, 80 мг/сут — 2—7-е сут
<b>Артесунат</b>	в/м по 50 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Ректальная форма Артесуната</b> (свечи)	ректально

**М**

## Личная химиопрофилактика малярии

### ЛС выбора

<b>Доксициклин</b>	внутри 100 мг 1 р/сут за 2 нед до отъезда, весь срок пребывания в очаге малярии, 4 нед после возвращения
<b>Мефлохин</b>	внутри 250 мг 1 р/нед за 2 нед до отъезда, весь срок пребывания в очаге малярии, 4 нед после возвращения
<b>Хлорохин</b> (основание)	внутри 300 мг 1 р/нед за 2 нед до отъезда, весь срок пребывания в очаге малярии, 4 нед после возвращения

### Особенности применения противомалярийных препаратов

Монотерапия хинином не обеспечивает радикального излечения (т.к. он быстро выводится из организма, а его длительное применение часто приводит к развитию побочных реакций). Поэтому после улучшения состояния больного проводят курс лечения хлорохином, а при подозрении на наличие устойчивости к данному ЛС — фансидаром, мефлохином или тетрациклином.

Если через 30 минут (и менее) после приема противомалярийного ЛС возникает рвота, повторно назначают ту же дозу ЛС; если с момента первого приема прошло 30–60 минут, дозу увеличивают на 50%.

### Противопоказания к применению противомалярийных препаратов

**Мефлохин** — дети < 2 лет или с массой тела < 15 кг, беременность.

**Примахин** — беременность, период лактации.

**Сульфаниламиды в сочетании с пириметамином** — беременность, период лактации.

**Тетрациклин** — беременность, период лактации, дети < 8 лет.

# Мастит

## Общие принципы лечения

Тактика лечения определяется формой заболевания.

## Абсцедирующая форма

При абсцедирующей форме мастита лечение проводится только в хирургическом стационаре, поскольку необходима радикальная операция под общим обезболиванием. Такая тактика абсолютно показана и при флегмонозной и гангренозной фазах мастита. Недопустимо лечение мастита пункционным методом или с помощью небольших разрезов, т. к. это не позволяет правильно оценить состояние тканей и объем поражения гнойным процессом. Операция должна заканчиваться введением тампонов с мазями на ПЭГ основе:

*Диоксидиновая мазь 5%*

*Диоксиколь*

*Левосин*

*Нитацид*

*либо мазь:*

*Банеоцин (цинк-бацитрацин + неомицина сульфат)*

ЛС выбора

<i>Амоксициллин/ клавуланат</i>	<i>в/в по 1,2 г 3 р/сут 7–10 дн</i>
<i>Ампициллин/ сульбактам</i>	<i>в/в по 1,5–3 г 3 р/сут 7–10 дн</i>
<i>Линкомицин</i>	<i>в/в по 600 мг 3 р/сут 7–10 дн</i>
<i>Цефазолин</i>	<i>в/в по 1 г 3 р/сут 7–10 дн + Метронидазол в/в по 500 мг 3 р/сут 7–10 дн</i>

При неэффективности стартовой терапии,  
при гангренозной форме мастита,  
симптомах сепсиса

<b>Имипенем</b>	<i>в/в по 0,5 г 3 р/сут 7–10 дн</i>
<b>Меропенем</b>	<i>в/в по 0,5 г 3 р/сут 7–10 дн</i>
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	<i>в/в по 3,2 г 3 р/сут 7–10 дн</i>

## Инфекция, вызванная оксациллинорезистентными стафилококками

При серозной и инфильтративных формах мастита кормление грудью следует продолжить, при абсцедирующей или флегмонозной — прекратить.

ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	<i>в/в капельно 1 г 2 р/сут 7–10 дн</i>
<b>Линезолид</b>	<i>внутри по 600 мг 2 р/сут 7–10 дн</i>
<b>Фузидиевая кислота</b>	<i>внутри по 1 г 3 р/сут 7–10 дн</i>

## Серозная и инфильтративная формы

ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	<i>внутри по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 5–7 дн</i>
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	<i>в/м по 1,5 г 3 р/сут 5–7 дн</i>
<b>Оксациллин</b>	<i>внутри по 1 г 4 р/сут 5–7 дн</i>

<b>Цефадроксил</b>	внутри по 1 г 2 р/сут 5–7 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 5–7 сут или <b>Цефуроксим</b> в/м по 750 мг
<b>Цефазолин</b>	в/м или в/в по 1 г 2 р/сут 5–7 дн

#### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Клиндамицин</b>	внутри по 300 мг 4 р/сут или в/м по 450 мг 3 р/сут 5–7 дн
<b>Линкомицин</b>	внутри по 500 мг 3 р/сут или в/м по 600 мг 3 р/сут 5–7 дн

Возможно дополнительно применение 2% мази му-пиरोцидина на область соска.

## Менингит бактериальный

### Общие принципы лечения

Первый шаг — люмбальная пункция (ЛП) для снижения ВЧД и выявления цитоза СМЖ. При гнойном менингите эмпирическую антимикробную терапию выбирают на основании окраски мазков ликвора по Граму и методов экспресс-диагностики. Однако если возбудитель не будет выявлен этими методами, или они не могут быть проведены в течение получаса после ЛП, эмпирическая антимикробная терапия начинается неотложно и определяется на основании возраста пациента и сопутствующих заболеваний.

<sup>1</sup> При аллергии к бета-лактамам.

## Эмпирическая антимикробная терапия

### Возраст 0–4 недели

<b>Ампициллин</b>	в/в 200–300 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Цефотаксим</b> в/в мг/кг/сут каждые 6–8 ч
<b>Ампициллин</b>	в/в 200–300 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Амикацин</b> в/в 20–30 мг/кг/сут каждые 8 ч
<b>Ампициллин</b>	в/в и эндолюмбально в/в 200–300 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Гентамицин</b> в/в и эндолюмбально в/в 7,5 мг/кг/сут каждые 8 ч ± <b>Гентамицин</b> эндолюмбально 4–8 мг каждые 24 ч
<b>Ампициллин</b>	в/в и эндолюмбально в/в 200–300 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Тобрамицин</b> в/в и эндолюмбально в/в 7,5 мг/кг/сут каждые 8 ч ± <b>Тобрамицин</b> эндолюмбально 4–8 мг каждые 24 ч

### Возраст 4–12 недель

<b>Ампициллин</b>	в/в 200–300 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Цефотаксим</b> в/в 200 мг/кг/сут каждые 6–8 ч
<b>Ампициллин</b>	в/в 200–300 мг/кг/сут каждые 6 ч + <b>Цефтриаксон</b> в/в 80–100 мг/кг/сут каждые 12 ч

### Возраст 3 месяца–18 лет

<b>Цефотаксим</b>	в/в 200 мг/кг/сут каждые 6–8 ч (старше 14 лет — 2 г/сут каждые 6–8 ч)
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 80–100 мг/кг/сут (старше 14 лет — 4 г/сут),
<b>Ампициллин</b>	в/в 200–300 мг/кг/сут (старше 12 лет — 12 г/сут) каждые 6 ч + <b>Хлорамфеникол</b> в/в 75–100 мг/кг/сут каждые 6 ч

### Возраст 18–50 лет

<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут



### Возраст старше 50 лет

<b>Ампициллин</b>	в/в 2 г 6 р/сут + <b>Цефотаксим</b> в/в 2 г 6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

### Пациенты с нарушениями иммунитета

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно 2–4 г/сут, разделенные на 2–4 введения + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефтазидим</b> в/в 2 г 3 р/сут + <b>Ампициллин</b> в/в 2 г 6 р/сут
-------------------	---

### При менингите, связанном с переломом основания черепа

<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 4–6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

### При менингитах вследствие открытой ЧМТ, нейрохирургических операций или цереброспинального шунта

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут
-------------------	--

### При выявленном или предполагаемом инфицировании синегнойной палочкой

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефтазидим</b> в/в 2 г 3 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут
<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Меропенем</b> в/в 2 г 3 р/сут

### При менингитах вследствие сепсиса

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефтазидим</b> в/в 2 г 3 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут
-------------------	--

M

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефепим</b> в/в 2 г 3 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут
<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефепим</b> в/в 2 г 3 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут

При отсутствии подозрения на синегнойную инфекцию

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефтриаксон</b> в/в 2 г 2 р/сут
<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефотаксим</b> в/в 2 г 6 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут

## Этиотропная антибиотикотерапия

Продолжительность лечения определяется индивидуально. При менингококковом менингите — в среднем 7 дней; пневмококковом — 10–14 дней; листериозном, стрептококковом, стафилококковом — 14–21 день; при менингите, вызванном грамотрицательной флорой, — до трех недель. Критерии прекращения антибиотикотерапии: клинические признаки выздоровления, продолжительность стационарного лечения не менее шести суток; нормальная температура тела в течение 24–48 часов; отсутствие неврологических нарушений, судорожной активности, необходимости внутривенного введения жидкостей.

### *Haemophilus influenzae*

При выявлении штаммов,  
чувствительных к ампициллину

ЛС выбора

<b>Ампициллин</b>	в/в 2 г 6 р/сут
-------------------	-----------------

**Альтернативные ЛС**

<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 1–1,5 г 4 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 3 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 4–6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

**При выявлении штаммов,  
устойчивых к ампициллину****ЛС выбора**

<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

**Альтернативные ЛС**

<b>Меропенем</b>	в/в 2 г 3 р/сут
<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 1–1,5 г 4 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 3 р/сут

***N. meningitidis*****ЛС выбора**

<b>Бензилпенициллин</b>	в/в 4 млн ЕД 6 р/сут
-------------------------	----------------------

**Альтернативные ЛС**

<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 1–1,5 г 4 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 4–6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

***S. pneumoniae*****Пенициллиночувствительные штаммы****ЛС выбора**

<b>Ампициллин</b>	в/в 2 г 6 р/сут
<b>Бензилпенициллин</b>	в/в 4 млн ЕД 6 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 1–1,5 г 4 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 4–6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

### Штаммы с промежуточной резистентностью к пенициллину

#### ЛС выбора

<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 6 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 2 р/сут

#### Альтернативные ЛС

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут ± <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в 2 г 3 р/сут

### Штаммы с высокой резистентностью к пенициллину

#### ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут ± <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефотаксим</b> 2 г 6 р/сут
<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно 2–4 г/сут, разделенные на 2–4 введения ± <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Цефтриаксон</b> 2 г 2 р/сут

#### Альтернативные ЛС

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут ± <b>Ванкомицин</b> эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут + <b>Меропенем</b> в/в 2 г 3 р/сут ± <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут
<b>Линезолид</b>	в/в 0,6 г 2 р/сут

*Listeria monocytogenes*

## ЛС выбора

Ампициллин	в/в 2 г 6 р/сут
Бензилпенициллин	в/в 4 млн ЕД 6 р/сут

## Альтернативные ЛС

Ко-тримоксазол	в/в 10 мг/кг/сут (по триметоприму) каждые 12 ч
----------------	--

*Streptococcus agalactiae*

## ЛС выбора

Ампициллин	в/в 2 г 6 р/сут
Бензилпенициллин	в/в 4 млн ЕД 6 р/сут

## Альтернативные ЛС

Ванкомицин	в/в 1 г 2 р/сут (при аллергии на бета-лактамы)
Цефотаксим	в/в 2 г 4–6 р/сут
Цефтриаксон	в/в 2 г 2 р/сут

*Enterobacteriaceae*

## ЛС выбора

Цефепим	в/в 2 г 3 р/сут
Цефотаксим	в/в 2 г 6 р/сут
Цефтриаксон	в/в 2 г 2 р/сут

## Альтернативные ЛС

Ко-тримоксазол	в/в 10 мг/кг/сут (по триметоприму) каждые 12 ч
Меропенем	в/в 2 г 3 р/сут

*Pseudomonas aeruginosa*

## ЛС выбора

Цефтазидим	в/в 2 г 3 р/сут
------------	-----------------

M

### Альтернативные ЛС

<b>Меропенем</b>	в/в 2 г 3 р/сут
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 3 р/сут

## *Staphylococcus aureus*

### Метициллинчувствительные штаммы

#### ЛС выбора

<b>Оксациллин</b>	в/в 2 г 6 р/сут
-------------------	-----------------

#### Альтернативные ЛС

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут (+ эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут)
-------------------	---

### Метициллинрезистентные штаммы

#### ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут (+ эндолюмбально 5–20 мг 1 р/сут)
-------------------	---

#### Альтернативные ЛС

<b>Ванкомицин</b>	в/в 1 г 2 р/сут + <b>Рифампицин</b> в/в 0,3–0,45 г 2 р/сут
<b>Линезолид</b>	в/в 0,6 г 2 р/сут

## *Bacteroides fragilis*

#### ЛС выбора

<b>Метронидазол</b>	в/в 30 мг/кг/сут каждые 6 ч
---------------------	-----------------------------

#### Альтернативные ЛС

<b>Ко-тримоксазол</b>	в/в 10 мг/кг/сут (по триметоприму) каждые 12 ч
<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 1–1,5 г 4 р/сут

## Сопутствующее лечение

Бактериальные менингиты,  
вызванные *H. influenzae type b*

ЛС	Взрослые	Дети <sup>1</sup>
Дексаметазон	Не рекомендуется	По 0,15 мг/кг каждые 6 ч 4 дн

Пациентам с менингитами другой этиологии дексаметазон не рекомендуется, за исключением случаев нарушения сознания, отека мозга, высокой внутричерепной гипертензии. Применение дексаметазона нежелательно больным, получающим ванкомицин, из-за снижения концентрации ванкомицина в СМЖ.

Снижение ВЧД — гиперосмолярные растворы (маннитол); кортикостероиды; пероральный прием глицерина; гипервентиляция с уровнем PaCO<sub>2</sub> 27–30 мм рт.ст. При неэффективности указанных методов лечения могут применяться высокие дозы барбитуратов.

## Профилактика бактериальных менингитов

*Haemophilus influenzae*

Химиопрофилактика (ХП)

В отсутствие ХП риск инфекции повышен в течение одного месяца после контакта с больным. Он наиболее высок у детей младше двух лет. Препаратом выбора для взрослых и детей младше двух лет, не посещающих

<sup>1</sup> У вакцинированных больных эффективность кортикостероидов может быть снижена.

М

детские дошкольные учреждения, является рифампицин (20 мг/кг/сут, максимальная доза 600 мг в течение четырех дней). ХП не рекомендуется детям двух лет и старше при контакте в яслях, если возникает не более двух случаев заболевания в течение 60 дней. Для детей младше двух лет вопрос о ХП решается индивидуально. Рифампицин не рекомендуется применять беременным женщинам при контакте с инфицированными детьми, т. к. влияние ХП на плод не исследовано.

### Иммунопрофилактика

Вакцинацию детей старше 60 месяцев конъюгированной вакциной против *H. influenzae type b* следует проводить при асплении, серповидно-клеточной анемии, онкологических заболеваниях, иммуносупрессивной терапии.

### *Neisseria meningitidis*

#### Химиопрофилактика

ХП рекомендуется лицам, контактировавшим с больными генерализованной инфекцией в быту, а также в детских учреждениях и организованных коллективах. ХП может потребоваться при выписке из стационара, т. к. antimicrobные препараты (высокие дозы пенициллина или хлорамфеникола) не приводят к эрадикации меникокков из носоглотки колонизованных пациентов.

#### ЛС выбора

<b>Рифампицин</b>	взрослым — 600 мг; новорожденным — 10 мг/кг; детям старше одного месяца — 5 мг/кг каждые 12 ч 2 сут
-------------------	---

#### Альтернативные ЛС

<b>Цефтриаксон</b>	250 мг в/м взрослым, 125 мг детям
<b>Ципрофлоксацин</b>	только взрослым однократно 500 или 750 мг



## Иммунопрофилактика

Вакцинацию четырехвалентной менингококковой вакциной (против серогрупп А, С, Y и W135) проводят дополнительно к ХП при дефиците терминальных компонентов комплемента и пропердина, асплении, перед поездкой в эндемичные или эпидемические очаги, новобранцам.

### *S. pneumoniae*

## Иммунопрофилактика

23-валентную пневмококковую вакцину назначают с профилактической целью пациентам старше двух лет с высоким риском пневмококкового сепсиса; пациентам старше 65 лет; больным сахарным диабетом, сердечной недостаточностью; лицам с заболеваниями печени и почек, тяжелыми заболеваниями сердца и легких, алкоголизмом, аспленией, множественной миеломой, лейкозными, инфицированным ВИЧ.

# Менингит кандидозный

## Общие принципы фармакотерапии

Продолжительность применения антимикотиков — не менее четырех недель после исчезновения всех признаков инфекции. Обязательным условием лечения являются удаление катетеров, шунтов и т.п. и коррекция внутричерепного давления.

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,7–1 мг/кг/сут
----------------------	------------------------

### Альтернативные ЛС

<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	в/в по 3–5 мг/кг/сут
--	----------------------

<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг на 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
--------------------	--

После стабилизации состояния пациента и при выявлении чувствительного возбудителя

<b>Флуконазол</b>	в/в 6–12 мг/кг/сут
-------------------	--------------------

## Менингиты вирусные

### Общие принципы лечения

В структуре вирусных менингитов ведущее место занимают вирусы эпидемического паротита и энтеровирусы.

### Энтеровирусная инфекция (ЭВ)

#### Профилактика

Специфической профилактики нет. Осуществляется изоляция больных и контактных в течение 2 недель. Проводятся противоэпидемические мероприятия в очагах.

**Этиотропная терапия** не проводится.

**Симптоматическое лечение:**

- назначение по показаниям кортикостероидов;
- умеренная дегидратация при менингите.

## Эпидемический паротит (ЭП)

### Профилактика

В профилактических целях в детском возрасте проводят вакцинацию.

**Этиотропное лечение** не проводится.

**Симптоматическое лечение:** назначение по показаниям кортикостероидов и умеренная дегидратация при менингите.

## Менингоэнцефалиты вирусные

### Общие принципы лечения

#### Профилактика

- Изоляция и ограничение контактов с больными манифестными формами герпетической инфекции.
- Обследование и лечение женщин, планирующих беременность.

ВПГ-менингоэнцефалиты и менингоэнцефалиты, вызываемые *Varicella zoster*<sup>1</sup>

<b>Ацикловир</b>	в/в капельно 30–45 мг/кг/сут в 3 введения 14 дн
<b>Видарабин</b>	в/в 15 мг/кг/сут в 2 введения 10 дн

<sup>1</sup> Схема «ацикловир + видарабин» с введением каждого препарата через день.

М

## ЦМВ-менингоэнцефалиты

<b>Ганцикловир<sup>1</sup></b>	в/в 10–15 мг/кг/сут в 3 введения 2–3 нед, затем внутри 6 мг/кг/сут 5 дн/нед несколько мес
<b>Фоскарнет<sup>2</sup></b>	20 мг/кг/сут в 3 введения 2–3 нед
<b>Цитотект<sup>3</sup></b>	2 мл/кг (100 ЕД IgG-антител к вирусу ЦМВ) через день (до клинического улучшения)

## Микоз волосистой части головы

### Общие принципы лечения

Идентификация возбудителя имеет клиническое значение, поскольку в случае *M. canis* показано более длительное применение антимикотиков. Проводится механическая эпиляция пораженных волос. Использование противогрибковых ЛС для наружного применения (например, кетоконазола) снижает вероятность заражения окружающих.

### ЛС выбора

<b>Тербинафин</b>	по 62,5 мг/сут (масса тела < 20 кг), 125 мг/сут (масса тела 20–40 кг), 250 мг/сут (масса тела > 40 кг) 4–8 нед в зависимости от возбудителя <sup>4</sup>
-------------------	---

<sup>1</sup> В педиатрической практике не используется.

<sup>2</sup> Лекарственная форма препарата для внутривенного введения в России не зарегистрирована. В педиатрической практике не используется.

<sup>3</sup> Назначение антибиотиков показано только при документированной бактериальной суперинфекции.

<sup>4</sup> *Trichophyton* spp. — 4 нед, *Microsporum* spp. — 8 нед.

### Альтернативные ЛС

<b>Гризеофульвин</b>	по 10–20 мг/кг/сут 6–12 нед
<b>Итраконазол</b>	по 5 мг/кг/сут 4 нед
<b>Флуконазол</b>	по 6 мг/кг 1 р/нед 8–12 нед в зависимости от возбудителя <sup>1</sup>

# Микоз гладкой кожи, кистей и стоп

## Общие принципы лечения

### При ограниченном поражении

#### ЛС выбора

<b>Бифоназол</b>	местно 2–3 нед
<b>Изоконазол</b>	местно 2–3 нед
<b>Кетоконазол</b>	местно 2–3 нед
<b>Клотримазол</b>	местно 2–3 нед
<b>Миконазол</b>	местно 2–3 нед
<b>Натамицин</b>	местно 2–3 нед
<b>Нафтифин</b>	местно 2–3 нед
<b>Оксиконазол</b>	местно 2–3 нед
<b>Тербинафин</b>	местно 2–3 нед
<b>Эконазол</b>	местно 2–3 нед

### При распространенном поражении

#### ЛС выбора

<b>Тербинафин</b>	внутри 250 мг/сут 2 нед
<b>Флуконазол</b>	внутри 150 мг в неделю 2–4 нед

<sup>1</sup> *Trichophyton spp.* — 8 нед, *Microsporum spp.* — 12 нед.

## Альтернативные ЛС

<b>Гризефульвин</b>	внутри 500 мг/сут 4–6 нед
<b>Итраконазол</b>	внутри 200 мг/сут 2–4 нед

0

## Онихомикоз

### Общие принципы лечения

Наиболее эффективным методом лечения онихомикоза является применение системных антимикотиков. Противогрибковые ЛС для наружного применения эффективны лишь при начальных проявлениях заболевания. Хирургическое удаление ногтей в настоящее время обычно не применяется; оно может быть показано при невозможности использования системных антимикотиков или резистентном возбудителе онихомикоза.

### Поражение кистей

Противогрибковые ЛС для наружного применения недостаточно эффективны.

#### ЛС выбора

<i>Тербинафин</i>	<i>внутри по 250 мг/сут 6 нед</i>
<i>Флуконазол</i>	<i>внутри по 150 мг/нед 3–6 мес</i>

#### Альтернативные ЛС

<i>Итраконазол</i>	<i>внутри по 400 мг/сут 1 нед, затем трехнедельный перерыв, два курса</i>
<i>Итраконазол</i>	<i>внутри по 200 мг/сут 3 мес</i>

## Поражение стоп

Противогрибковые ЛС для наружного применения недостаточно эффективны.

### ЛС выбора

<b>Тербинафин</b>	<i>внутри по 250 мг/сут 12 нед</i>
<b>Флуконазол</b>	<i>внутри по 150 мг/нед 6–12 мес</i>

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	<i>внутри по 400 мг/сут 1 нед, затем трехнедельный перерыв, 3–4 курса</i>
<b>Итраконазол</b>	<i>внутри по 200 мг/сут 3–4 мес</i>

# Онихомикоз кандидозный

## Общие принципы лечения

Для лечения используются системные противогрибковые ЛС; применение ЛС для наружного применения обычно неэффективно.

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	<i>внутри по 150 мг 1 р/нед 3–6 мес</i>
-------------------	---

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	<i>внутри по 400 мг/сут 1 нед, затем 1–2 повторных курса через 3 нед</i>
--------------------	--



# Остеомиелит

## Общие принципы лечения

Лечение должно быть комплексным — хирургические методы дополняются антимикробной терапией.

Принципы применения антибиотиков при ОМ:

- парентеральное введение препаратов в высоких дозах (концентрация их в кости должна превышать МПК для возбудителя);
- уровень антибиотика в пораженной кости должен быть выше нормы (проникновение препарата в кость зависит от степени ее васкуляризации);
- монотерапия, за исключением обоснованных ситуаций (например, синегнойная инфекция);
- смена антибиотика при отсутствии положительной динамики в течение 2–3 сут;
- ступенчатая терапия (чаще фторхинолонами в высоких дозах) при отсутствии противопоказаний<sup>1</sup> и установленном возбудителе (его сохраняют для мониторинга бактерицидной активности сыворотки крови);
- сроки лечения при острой форме ОМ — 4–6 недель, при хронической форме ОМ — не менее 3 месяцев.

## Вторичный остеомиелит у пациентов без сосудистых поражений

ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно по 1 г 2 р/сут + <b>Цефепим</b> по 2 г 2 р/сут или <b>Цефоперазон</b> по 2 г 2–3 р/сут, или <b>Цефтазидим</b> по 2 г 3 р/сут
-------------------	---

<sup>1</sup> Сопутствующие заболевания, снижение иммунитета, выделение грамотрицательных бактерий, детский возраст, беременность и кормление грудью.

<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 4–6 р/сут + <b>Ципрофлоксацин</b> по 0,4–0,6 г 2 р/сут или внутрь по 0,75 г 2 р/сут
-------------------	--

## Вторичный остеомиелит у пациентов с поражениями сосудов

### Нетяжелое течение

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут
<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	внутри по 0,625 г 3 р/сут
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в по 3 г 4 р/сут
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/м 1,5 г 4 р/сут

### Тяжелое течение

#### ЛС выбора

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5–1 г 3 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5–1 г 3 р/сут

## Гематогенный остеомиелит (включая остеомиелит позвоночника)

#### ЛС выбора

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно по 1 г 2 р/сут (детям 40 мг/кг/сут в 2–4 введения, но не более 2 г/сут) 4–6 нед
<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 4–6 р/сут (детям с массой тела до 40 кг по 25 мг/кг каждые 6 ч) 4–6 нед
<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 3 р/сут (детям 40 мг/кг/сут в 2–3 введения) 4–6 нед

<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г/сут (детям 50–75 мг/кг, но не более 2 г/сут) 4–6 нед
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 0,4–0,6 г 2 р/сут + <b>Рифампицин</b> в/в по 0,6 г 2 р/сут 4–6 нед

#### При ступенчатой терапии

<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 0,75 г 2 р/сут + <b>Рифампицин</b> внутри по 0,6 г 2 р/сут
-----------------------	---

#### Детям до 6 лет

<b>Цефуроксим</b>	в/в или в/м 30–100 мг/кг/сут в 3–4 введения
-------------------	---

#### При аллергии на пенициллины и цефалоспорины

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Клиндамицин</b>	в/в или в/м по 0,6 г 3–4 р/сут	новорожденным 15–20 мг/кг/сут, детям старше 1 мес — 20–40 мг/кг/сут
<b>Линезолид</b>	в/в или внутри по 0,6 г 2 р/сут	внутри по 10 мг/кг 2 р/сут
<b>Линкомицин</b>	в/в или в/м по 0,6 г 3 р/сут	10–20 мг/кг каждые 8–12 ч

#### При грибковой этиологии

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,6–1 мг/кг/сут (максимальная доза для взрослых 50 мг/сут) 2 р/нед	в/в 0,6–1 мг/кг/сут (максимальная доза для детей — 1 мг/кг/сут) 2 р/нед

#### При кандидозной инфекции

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Флуконазол</b>	в/в 0,4–0,8 г/сут	в/в 6–12 мг/кг/сут

#### При ступенчатой терапии:

<b>Флуконазол</b>	внутри 0,1–0,2 г/сут 6–12 мес
-------------------	-------------------------------

0

## Остеомиелит у наркоманов или вследствие гемодиализа

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в по 1,5–3 г 3–4 р/сут
<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно по 1,0 г 2 р/сут
<b>Оксациллин</b>	в/в по 2,0 г 4 р/сут + <b>Ципрофлоксацин</b> в/в по 0,4–0,6 г 2 р/сут

## Хронический остеомиелит

ЛС назначают на основе результатов бактериологических исследований.

При туберкулезной этиологии процесса проводят специфическую противотуберкулезную терапию, а по показаниям — хирургическое лечение.

При грибковой этиологии ОМ проводят антигрибковую терапию.

## Остеомиелит кандидозный

### Общие принципы лечения

Внутрисуставное введение амфотерицина В не рекомендуется. Обязательными являются хирургическое удаление пораженных тканей, удаление протеза, адекватное дренирование пораженного сустава.

## ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,5–1,0 мг/кг/сут 2–3 нед, затем <b>Флуконазол</b> по 6 мг/кг/сут 6–12 мес
<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,5–1,0 мг/кг/сут 6–10 нед
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин</b>	в/в по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в 6 мг/кг/сут 6–12 мес

## Отит наружный

### Общие принципы лечения

Жаропонижающие и болеутоляющие средства — при необходимости в стандартных дозах.

Важное значение имеет общеукрепляющее лечение. Хирургическое вскрытие проводят при:

- созревании фурункула (обычно на 4-й день заболевания);
- усилении болевого синдрома;
- возникновении опасности нагноения лимфатических узлов.

Разрез делают под кратковременным наркозом в месте наибольшего выстояния фурункула, затем удаляют стержень и гной, а образовавшуюся полость обрабатывают 5% йодной настойкой. Слуховой проход осушают и с целью дренажа вводят тампон, смоченный спиртом или гипертоническим раствором.

### Наружный диффузный отит

- зуд кожи
- гнилостные выделения из уха
- болезненность при надавливании на козелок

При выделениях из уха назначают:

<b>Мирамистин</b> 0,01% р-р	промывание слухового прохода теплым раствором с последующим тщательным высушиванием и припудриванием порошком борной кислоты
--------------------------------	--

При аллергическом характере заболевания  
Десенсибилизирующая терапия.

При зуде назначают местно:

<b>Капли 1% раствора ментола в персиковом масле</b>	местно
<b>Сульфатиазоловая мазь 2%</b>	местно или <b>Желтая ртутная мазь 1–2%</b>
<b>Серебра нитрата 2–3% р-р (ляпис)</b>	или <b>Бриллиантовый зеленый 1–2% спиртовой р-р</b> смазывание слухового прохода

При склонности к рецидивирующему течению

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 7–10 дней
<b>Левифлоксацин</b>	внутри по 500 мг 1 р/сут в течение 7–10 дней
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут в течение 7–10 дней

При хроническом течении заболевания

<b>Витамины групп А, В, С, D, Е</b>	
-------------------------------------	--

## Наружный ограниченный отит

ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	внутри по 375 мг 3 р/сут в течение 5 дней
<b>Цефалексин</b>	внутри по 250 мг 4 р/сут за 1 час до еды в течение 5 дней

<b>Цефадроксил</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут независимо от приема пищи в течение 5 дней
<b>Мупируцин в форме 2% кожной мази</b>	местно
<b>Цинк бацитрацин + неомидина сульфат</b>	местно
<b>Борный спирт + глицерол</b>	местно 1:1, турунду, пропитанную раствором, вводят в наружный слуховой проход

## Отит острый средний

### Общие принципы лечения

На каждой стадии необходим индивидуальный подход к терапии. Важное значение придается лечению заболеваний, приведших к тубарной дисфункции (острый назофарингит и обострение хронического назофарингита, синусит, острый ринит и т. д.).

Вопрос о целесообразности применения системной антибактериальной терапии при остром среднем отите остается дискуссионным. Применение антибактериальных препаратов обязательно в случае:

- тяжелой общей симптоматики отита (выраженная общая интоксикация, признаки поражения ушного лабиринта или начинающийся мастоидит);
- наличия у больного тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, заболевания почек и крови);
- осложненного течения отита;
- возраста детей менее 3 лет.

Большинство специалистов ввиду опасности возникновения тяжелых осложнений рекомендуют системное применение антибиотиков в детской практике.

Оптимальный выбор антибактериального препарата основывается на результатах исследования отделяемого из уха с определением возбудителей и их чувствительности к антибиотикам. Однако проведение подобного исследования не всегда возможно, кроме того, часто необходимо проведение немедленной антибактериальной терапии. Поэтому антибактериальная терапия является преимущественно эмпирической.

### ЛС выбора

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Амоксициллин<sup>1</sup></b>	внутри по 500 мг 3 р/сут в течение 5–7 дн	внутри по 40 мг/кг в сутки в 3 приема в течение 5–7 дн
<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 5–7 дн	внутри 40 мг/кг в сутки (по амоксициллину) в 3 приема в течение 5–7 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут в течение 5–7 дн	внутри по 30 мг/кг в сутки в 2 приема в течение 5–7 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/м 1 г 1 р/сут в течение 3 дн	в/м 50 мг/кг 1 р/сут в течение 3 дн

### При аллергии к бета-лактамам антибиотикам

<b>Азитромицин</b>	внутри 0,5 г 1 р/сут в течение 5 дн
<b>Левифлоксацин<sup>2</sup></b>	внутри 0,5 г 1 р/сут в течение 5 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут в течение 5 дн
<b>Джозамицин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут в течение 5–7 дн

<sup>1</sup> У часто болеющих и получающих антибиотики детей, возрастает риск инфекции, вызванной бета-лактамазопродуцирующими штаммами *H. influenzae*, поэтому использование амоксициллина нежелательно, показана терапия амоксициллином/клавуланатом.

<sup>2</sup> Левифлоксацин противопоказан детям.



**При тяжелом или осложненном течении**

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут в течение 2–5 дн (с последующим переходом на прием внутрь <b>Амоксициллин/клавуланата</b> 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут)
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,6 г 3 р/сут в течение 2–5 дн (с последующим переходом на прием внутрь <b>Амоксициллин/клавуланата</b> 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут)

0

Схемы лечения. Инфекции

# П

## Панариций

### Общие принципы лечения

Лечение панариция только **оперативное**. Исключение составляет неосложненная паронихия, когда в первые сутки можно ликвидировать воспалительный процесс повязками с мазями на ПЭГ основе, физиотерапевтическими процедурами. При других формах панариция выжидательная, консервативная тактика чаще всего приводит к распространению гнойного процесса на другие отделы кисти, предплечье, формированию костного или костно-суставного панариция. В результате неправильного лечения панариция возможно развитие сепсиса. Большое значение имеет оперативный доступ, позволяющий достаточно полно удалить некротические ткани, оценить состояние тканей в глубине раны, степень распространения гноя по сухожилиям, установить дренаж в наиболее функционально выгодном месте.

Можно считать необоснованным применение устаревших антисептиков и ЛС для местного лечения панариция (линимент по А.В. Вишневскому, ихтиоловая мазь, гипертонический раствор хлорида натрия, раствор фурацилина и др.), поскольку в последние 15–20 лет в клиническую практику внедрены более эффективные ЛС.

## ЛС выбора

Амоксициллин/ клавуланат	внутрь по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 3–5 дн
Ампициллин/ сульбактам	в/в или в/м по 1,5 г 3 р/сут 3–5 дн
Клиндамицин	внутрь по 300 мг 3–4 р/сут 3–5 дн
Линкомицин	внутрь по 500 мг 3 р/сут 3–5 дн
Цефазолин	в/м по 1 г 2 р/сут 3–5 дн
Иодопириновая мазь 1%	местно
Левомеколь	местно
Левосин	местно
Банеоцин	местно
Хинифурил мазь 0,5%	местно
Иодопирон 1%	или Иодовидон
Повидон-йод 1%	местно

## Парапроктит

### Общие принципы лечения

Лечение только **оперативное**, в стационарных условиях, под общим обезболиванием.

Все современные методы хирургического лечения парапроктита направлены на ликвидацию острого гнойно-некротического процесса и предупреждение формирования свищей прямой кишки.

После вскрытия гнойного очага, удаления некротических тканей, обработки 3% раствором перекиси водорода операционную рану рыхло тампонируют с мазями на ПЭГ основе. В связи с участием анаэробных микроорганизмов в этиологии парапроктита необходимо использовать:

*Мафенида ацетата мазь 10%*  
*Мази, содержащие диоксидин*  
*(5% диоксидиновая мазь, диоксиколь)*  
*Мази, содержащие нитазол*  
*(нитацид, стрептонитол)*

Для санации прямой кишки и обработки множественных гнойных свищей показан пенообразующий аэрозоль (нитазол).

**Местное лечение** парапроктита с использованием линимента по А.В. Вишневскому, ихтиоловой мази, 10% раствора хлорида натрия **нецелесообразно**.

После ликвидации острого воспалительного процесса показано введение в прямую кишку тампонов с маслом милиацил.

Высокий риск распространения гнойного процесса на близлежащие ткани и генерализации инфекции заставляет назначать антибиотики до хирургического лечения, сразу после установления диагноза, и продолжать их применение в течение нескольких дней после операции.

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут 7–10 дн
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в по 1,5–3 г 3 р/сут 7–10 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 7–10 дн или <b>Цефтриаксон</b> 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут

#### Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b>	в/в по 600 мг 4 р/сут 7–10 дн + <b>Гентамицин</b> 5 мг/кг 1 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 7–10 дн + <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут

Своевременно выполненная операция, целенаправленная общая и местная антимикробная терапия в

настоящее время в большинстве случаев позволяют улучшить прогноз, быстро ликвидировать острый гнойный процесс и предупредить осложнения заболевания.

## Паратифы А и В

### Общие принципы лечения

ЛС выбора<sup>1</sup>

<i>Офлоксацин</i>	<i>в/в и внутрь 0,4 г 2 р/сут</i>
-------------------	-----------------------------------

<i>Ципрофлоксацин</i>	<i>в/в 0,4 г, внутрь 0,5 г 2 р/сут</i>
-----------------------	--

Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<i>Цефтриаксон</i>	<i>в/в 2 г 1 р/сут</i>
--------------------	------------------------

## Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс

### Общие принципы лечения

Лечение паратонзиллита проводится в стационаре. Основными лекарственными препаратами являются системные антибиотики. С учетом резкой боли при глота-

<sup>1</sup> Назначаются до 10-го дня после нормализации температуры тела.

нии или невозможности глотания антибиотика следует вводить парентерально или проводить ступенчатую терапию.

В составе комплексной терапии целесообразно применение антигистаминных ЛС.

При паратонзиллярном абсцессе рекомендуется активное хирургическое вмешательство:

- вскрытие абсцесса в месте наибольшего выбухания;
- срочная абсцесс-тонзиллэктомия (при рецидивирующем абсцессе или дальнейшем распространении воспаления по клетчатке шеи).

При дальнейшем распространении гнойного процесса на клетчатку шеи, средостения необходимо срочное хирургическое вмешательство; при необходимости — продолжение лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, проведение активной дезинтоксикационной терапии.

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут в течение 7–10 дней
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3–4 р/сут в течение 7–10 дней
<b>Цефтриаксон</b>	в/в, в/м 1–2 г 1 р/сут в течение 7–10 дней
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 1 г 3 р/сут в течение 7–10 дней
<b>Цефуроксим</b>	в/в по 1,5 г 3 р/сут в течение 7–10 дней

#### Альтернативные ЛС

<b>Клиндамицин</b>	в/в по 0,6–0,9 г 3 р/сут
--------------------	--------------------------

П

# Паронихия кандидозная

## Общие принципы лечения

Лечение проводится на фоне дренирования и обработки очага поражения антисептиками.

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	<i>внутрь по 150 мг 1 р/нед 2–4 нед</i>
-------------------	---

### Альтернативные ЛС

<b>Итраконазол</b>	<i>внутрь по 200 мг/сут 1–2 нед</i>
--------------------	-------------------------------------

<b>Кетоконазол</b>	<i>внутрь по 200–400 мг/сут 2 нед</i>
--------------------	---------------------------------------

# Перитонит кандидозный

## Общие принципы лечения

Интраперитонеальное введение амфотерицина В не рекомендуется в связи с высокой вероятностью развития химического перитонита. Обязательно хирургическое лечение с дренированием брюшной полости, удаление катетера для перитонеального диализа.

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	<i>в/в по 0,6–1,0 мг/кг/сут 2–4 нед</i>
----------------------	---



<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	в/в по 3–5 мг/кг/сут 2–6 мес
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин</b>	в/в по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в 6 мг/кг/сут 2–4 нед

## Пиелонефрит острый гнойный

### Общие принципы фармакотерапии

Апостематозный пиелонефрит, карбункул почки и абсцесс почки являются абсолютными показаниями для **экстренного оперативного вмешательства** (люмботомия, декапсуляция почки, крестообразное рассечение или иссечение карбункула или абсцесса почки и дренирование паранефральной клетчатки), направленного на вскрытие и дренирование гнойно-некротического очага. Параллельно с хирургическим вмешательством проводится антибактериальная терапия.

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут +/- <b>Гентамицин</b> по 3–5 мг/кг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 3 р/сут + <b>Гентамицин</b> 3–5 мг/кг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 10–14 дн
<b>Цефуроксим</b>	в/в по 1,5 г 3 р/сут +/- <b>Гентамицин</b> 3–5 мг/кг 1 р/сут 10–14 дн

П

### Альтернативные ЛС

<i>Имипенем</i>	<i>в/в по 500 мг 3 р/сут 10–14 дн</i>
<i>Левифлоксацин</i>	<i>в/в 500 мг 1 р/сут 10–14 дн</i>
<i>Меропенем</i>	<i>в/в по 500 мг 3 р/сут 10–14 дн</i>
<i>Офлоксацин</i>	<i>в/в по 400 мг 2 р/сут 10–14 дн</i>
<i>Пефлоксацин</i>	<i>в/в по 400 мг 2 р/сут 10–14 дн</i>
<i>Цефепим</i>	<i>в/в по 2 г 2 р/сут 10–14 дн</i>
<i>Ципрофлоксацин</i>	<i>в/в по 400 мг 2 р/сут 10–14 дн</i>

При неэффективности указанных режимов терапии к лечению может быть присоединен ванкомицин в/в в дозе 1 г 2 р/сут.

Длительность антибиотикотерапии определяется клинико-лабораторной картиной. В 1-е 5–7 дней обязательно парентеральное введение антибиотиков, затем возможен переход на прием внутрь.

## Пиелонефрит хронический

### Общие принципы лечения

Лечение пиелонефрита должно быть **комплексным**, включающим следующие обязательные мероприятия:

- устранение причин, вызывающих нарушение пассажа мочи или почечного кровообращения (артериального или венозного);
- антибактериальную терапию (эмпирическую и этиотропную);
- лечение нарушений коагуляции;
- симптоматическую терапию;
- профилактику рецидивов и обострений.

Основная роль в лечении пиелонефрита принадлежит антибактериальным средствам (см. ниже). Однако применение антибиотиков без восстановления пассажа мочи обычно не дает устойчивого эффекта. Отток мочи восстанавливается хирургическим путем. Нередко восстановление пассажа мочи позволяет получить стойкую ремиссию заболевания без длительной антибактериальной терапии.

В случае развития гнойного пиелонефрита и клинической картины уросепсиса необходимо корректировать коагуляционные нарушения и гиповолемию:

*Гепарин (подкожно 10 000–20 000 ЕД/сут) + дезагреганты (Пентоксифиллин в/в 100–200 мг 1–2 р/сут, Тиклопидин внутрь 250 мг 1–2 р/сут) Кристаллоидные и коллоидные растворы (изотонический раствор натрия хлорида, полиглюкин) в/в инфузионно под контролем центрального венозного давления*

При развитии гипотонии (АД < 90/60 мм рт. ст.):

*Допамин (2–10 мкг/кг/мин) или Добутамин (2–10 мкг/кг/мин) в/в инфузионно под контролем АД и параметров центральной гемодинамики*

При появлении кровоточивости, развитии острой почечной недостаточности, выраженной интоксикации:

*Свежезамороженная плазма (струйно, не менее 0,5 л)*

Важное значение в лечении пиелонефрита принадлежит применению противовоспалительных средств, немедикаментозным мероприятиям — ограничению двигательной активности в острый период, поддержанию достаточного питьевого режима.

Антимикробная фармакотерапия при пиелонефрите должна быть этиотропной, т. е. основываться на результатах микробиологического исследования и чувстви-

П

тельности выделенного возбудителя к антибиотикам. Учитывая постоянную доступность материала для микробиологического исследования и возможность выделения ведущего возбудителя, эмпирический выбор антибиотиков следует признать адекватным только на начальном этапе терапии. При получении результатов микробиологического исследования терапия должна быть откорректирована.

## Внебольничное обострение хронического пиелонефрита (амбулаторные больные)

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1г 2р/сут 10–14 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри по 400 мг 1–2 р/сут 10–14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 200 мг 2 р/сут 10–14 дн
<b>Цефиксим</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Цефтибутен</b>	внутри по 400 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 10–14 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Ко-тримоксазол<sup>1</sup></b>	внутри по 960 мг 2 р/сут 10–14 дн
<b>Хлорамфеникол<sup>2</sup></b>	внутри по 500 мг 4 р/сут 10–14 дн
<b>Цефуросим аксетил</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 10–14 дн

<sup>1</sup> В двойном слепом исследовании показано, что ко-тримоксазол уступает по клинической и бактериологической эффективности ципрофлоксацину.

<sup>2</sup> Хлорамфеникол потенциально токсичен, назначение оправдано только при недоступности других антибиотиков.

## Внебольничное обострение хронического пиелонефрита (госпитализированные больные, тяжелое течение)

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут 10–14 дн
<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 10–14 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 1–2 г 3 р/сут 10–14 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 1–2 г 1 р/сут 10–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 200– 400 мг 2 р/сут 10–14 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Гентамицин</b>	в/в 240 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Эртапенем</b>	в/в 1 г 1 р/сут 10–14 дн

Через 3–4 дня терапии после нормализации температуры целесообразен перевод пациента на долечивание пероральными антибиотиками. При этом гентамицин можно заменить фторхинолоном или цефиксимом, эртапенем — фторхинолоном, цефтриаксон, цефотаксим — цефиксимом.

## Госпитальный пиелонефрит

### ЛС выбора

<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 10–14 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 10–14 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 1 р/сут 10–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 10–14 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Гентамицин</b>	в/в 3-5 мг/кг 1 р/сут 10-14 дн
<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут 10-14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 10-14 дн
<b>Нетилмицин</b>	в/в 3 мг/кг 1 р/сут 10-14 дн
<b>Эртапенем</b>	в/в 1 г 1 р/сут 10-14 дн

Через 3–4 дня терапии после нормализации температуры целесообразен перевод пациента на долечивание пероральными антибиотиками. При этом цефотаксим и цефтриаксон могут быть заменены цефиксимом или цефтибутеном, аминогликозид — фторхинолоном или цефиксимом, эртапенем — фторхинолоном. Длительность терапии может быть увеличена до трех недель при персистировании возбудителя в моче.

## Особенности антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита у беременных

Беременным противопоказаны фторхинолоны, ко-тримоксазол и хлорамфеникол. Схемы, содержащие аминогликозиды, следует назначать с особой осторожностью ввиду потенциального токсического действия на плод.

## Пиелонефрит, развившийся в отделении интенсивной терапии

### ЛС выбора<sup>1</sup>

<b>Цефепим</b>	в/в по 1–2 г 2 р сутки 10–14 дн
----------------	---------------------------------

<sup>1</sup> Терапия может быть увеличена до трех недель при персистировании возбудителя в моче.

<b>Цефтазидим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут +/- <b>Ципрофлоксацин по 400 мг</b> 2 р/сут 10–14 дн
-------------------	--

#### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Имипенем</b>	в/в по 500 мг 3 р/сут 10–14 дн
<b>Меропенем</b>	в/в по 500 мг 3 р/сут 10–14 дн
<b>Цефоперазон</b>	в/в по 2 г 2-3 р/сут 10–14 дн

## Пневмония внебольничная

### Общие принципы лечения

Установление диагноза пневмонии является безусловным показанием к назначению антибактериальной терапии. В подавляющем большинстве случаев антибактериальная терапия проводится на эмпирической основе, учитывая сложности уточнения этиологии заболевания в конкретной клинической ситуации. Планирование эмпирической терапии основывается на вероятной этиологии заболевания в зависимости от клинической ситуации, тяжести пневмонии и наличия осложнений, а также данных об эффективности антибактериальных препаратов, полученных в контролируемых клинических исследованиях.

В амбулаторной практике предпочтение следует отдавать назначению антибактериальных препаратов внутрь. Препаратами выбора являются пероральные пенициллины или цефалоспорины 2-го поколения. Парентеральное введение антибиотиков оправдано только в случае невозможности приема лекарства внутрь.

<sup>1</sup> Терапия может быть увеличена до трех недель при персистенции возбудителя в моче.

У госпитализированных больных подразумевается более тяжелое течение пневмонии, поэтому целесообразно начинать терапию с парентеральных антибиотиков. Через 3–4 дня лечения при достижении клинического эффекта (нормализация температуры, уменьшение выраженности интоксикации и других симптомов заболевания), возможен переход с парентерального на пероральный способ применения антибиотика до завершения полного курса антибактериальной терапии. При легком течении пневмонии у госпитализированных больных допускается начинать терапию с перорального приема антибактериальных препаратов.

## Амбулаторные больные

### Нетяжелая пневмония у пациентов до 65 лет без сопутствующих заболеваний

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин</b>	внутри 500 мг 3 р/сут 7–10 дн
<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут 7–10 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутри 500 мг 2 р/сут 7–10 дн

#### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Доксициклин</b>	внутри 100 мг 2 р/сут 7–10 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри 500 мг 2 р/сут 7–10 дн

<sup>1</sup> Особенно при подозрении на атипичную этиологию.



<b>Мидекамицин</b>	внутри 400 мг 3 р/сут 7–10 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри 150 мг 2 р/сут 7–10 дн
<b>Спирамицин</b>	внутри 3 млн МЕ 2 р/сут 7–10 дн
<b>Азитромицин</b>	внутри 500 мг в 1-е сутки, затем 250 мг 1 р/сут в течение 5 дн
<b>Эритромицин</b>	внутри 500 мг 4 р/сут 7–10 дн
<b>Гатифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Джозамицин</b>	внутри 500 мг 3 р/сут 7–10 дн

## Нетяжелая пневмония у пациентов старше 65 лет и/или с сопутствующими заболеваниями

- тяжелая сердечная недостаточность;
- сахарный диабет;
- хроническая почечная недостаточность;
- цирроз печени.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут 5–10 дн
<b>Гатифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–10 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутри 500 мг 2 р/сут 5–10 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Доксициклин</b>	внутри 100 мг 2 р/сут 7–10 дн
<b>Цефаклор</b>	внутри 500 мг 3 р/сут 7–10 дн

П

## Госпитализированные больные

### Внебольничная пневмония у беременных

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин</b>	внутрь 500 мг 3 р/сут
<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутрь 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут или в/в 1,2 г 3 р/сут
<b>Ампициллин</b>	в/в или в/м 1 г 4 р/сут
<b>Цефотаксим</b>	в/в или в/м 1 г 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м 1 г 1 р/сут
<b>Цефуроксим</b>	в/в или в/м 1,5 г 3 р/сут
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутрь 500 мг 2 р/сут

#### При аллергии к бета-лактамам

<b>Спирамицин</b>	внутрь 3 млн МЕ 2 р/сут или в/в 1,5 млн МЕ 3 р/сут
-------------------	---

## Нетяжелая пневмония

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в 1,2 г 3 р/сут 7–10 дн, возможен последу- ющий переход на прием <b>Амоксицилина/клаву-</b> <b>ланата</b> внутрь 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут
<b>Ампициллин</b>	в/в или в/м 1 г 4 р/сут 7–10 дн
<b>Цефуроксим</b>	в/в или в/м 1,5 г 3 р/сут 7–10 дн

#### Альтернативные ЛС

<b>Цефотаксим</b>	в/в или в/м 1 г 3 р/сут 7–10 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м 1–2 г 1 р/сут 7–10 дн

При неэффективности стартовой терапии  
в течение 48 часов добавить макролидный антибиотик:

<b>Кларитромицин</b>	в/в 500 мг 2 р/сут в виде медленной инфузии 5–7 дн
<b>Спирамицин</b>	в/в 1,5 млн МЕ 3 р/сут в виде медленной инфузии 5–7 дн
<b>Эритромицин</b>	в/в 600 мг 3 р/сут в виде медленной инфузии 5–7 дн

При легкой пневмонии допускается следующее назначение:

<b>Азитромицин</b>	внутри 500 мг в первые сутки, затем 250 мг 1 р/сут 5 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри 500 мг 1–2 р/сут 5–7 дн
<b>Мидекамицин</b>	внутри 400 мг 3 р/сут 5–7 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри 150 мг 2 р/сут 5–7 дн
<b>Спирамицин</b>	внутри 3 млн МЕ 2 р/сут 5–7 дн

## Осложненная внебольничная пневмония (деструкция, абсцедирование, эмпиема)

ЛС выбора

<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в 3,2 г 3 р/сут 14–21 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 3 р/сут + Линкомицин 600 мг 3 р/сут (или Клиндамицин 500 мг 4 р/сут) 14–21 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 1 р/сут + Линкомицин 600 мг 3 р/сут (или Клиндамицин 500 мг 4 р/сут) 14–21 дн

Альтернативные ЛС

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в 1,2 г 3 р/сут 14–21 дн
-------------------------------------	----------------------------

П

<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 14–21 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 14–21 дн
<b>Офлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 14–21 дн
<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 500 мг 4 р/сут + <b>Гентамицин</b> 5 мг/кг 1 р/сут 14–21 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 14–21 дн
<b>Эртапенем</b>	в/в 1 г 1 р/сут 14–21 дн

### Второй этап антимикробной терапии (при неэффективности стартового режима)

<b>Имипенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 14–21 дн
<b>Меропенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 14–21 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 14–21 дн

### При развитии эмпиемы плевры

Наряду с адекватной антимикробной терапией необходимо своевременно начать хирургическое лечение.

<b>Имипенем</b>	в/в 0,5–1 г 3–4 р/сут 14–21 дн
<b>Меропенем</b>	в/в 0,5–1 г 3–4 р/сут 14–21 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут +/- <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут 14–21 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Пиперацillin/тазобактам</b>	в/в 4,5 г 3 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут 14–21 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 400 мг 2–3 р/сут + <b>Клиндамицин</b> 500 мг 4 р/сут 14–21 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 4 р/сут + <b>Клиндамицин</b> 500 мг 4 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут 14–21 дн

## Тяжелая пневмония

### ЛС выбора

<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут + <b>Кларитромицин</b> 500 мг 2 р/сут или <b>Спирамицин</b> 1,5 млн МЕ 3 р/сут или <b>Эритромицин</b> 600 мг 3–4 р/сут 7–10 дн
<b>Цефотаксим</b>	2 г 3 р/сут + <b>Кларитромицин</b> 500 мг 2 р/сут или <b>Спирамицин</b> 1,5 млн МЕ 3 р/сут или <b>Эритромицин</b> 600 мг 3–4 р/сут 7–10 дн
<b>Цефтриаксон</b>	2 г 1 р/сут + <b>Кларитромицин</b> 500 мг 2 р/сут или <b>Спирамицин</b> 1,5 млн МЕ 3 р/сут или <b>Эритромицин</b> 600 мг 3–4 р/сут 7–10 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1–2 р/сут 7–10 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 7–10 дн

## Этиотропная терапия

### *S. pneumoniae*, чувствительный к пенициллину

<b>Бензилпенициллин</b>	в/в или в/м 1 млн ЕД 6 р/сут 5–7 дн
<b>Амоксициллин</b>	внутри 0,5 г 3 р/сут 5–7 дн

### *S. pneumoniae*, устойчивый к пенициллину

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно 1 г 2 р/сут 5–7 дн
<b>Гатифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Левифлоксацин</b>	в/в или внутри 500 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в или внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут 5–7 дн

### *S. aureus*, чувствительный к оксациллину

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в 1,2 г 3 р/сут 10–14 дн
-------------------------------------	----------------------------

П

<b>Клиндамицин</b>	в/в или в/м 500 мг 4 р/сут 10–14 дн
<b>Линкомицин</b>	в/в или в/м 600 мг 3 р/сут 10–14 дн
<b>Оксациллин</b>	в/в 2 г 4 р/сут 10–14 дн
<b>Цефазолин</b>	в/в или в/м 1–2 г 2–3 р/сут 10–14 дн
<b>Цефуроксим</b>	в/в 1,5 г 3 р/сут 10–14 дн

### *S. aureus*, устойчивый к оксациллину

<b>Ванкомицин</b>	в/в капельно 1 г 2 р/сут 10–14 дн
<b>Линезолид</b>	внутри или в/в 600 мг 2 р/сут 10–14 дн

### *K. pneumoniae*

<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут 7–10 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 7–10 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут 7–10 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в или в/м 2 г 3 р/сут 7–10 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м 2 г 1 р/сут 7–10 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут 7–10 дн

### *L. pneumophila*

<b>Рифампицин</b>	в/в 300 мг 2 р/сут + <b>Эритромицин</b> в/в 0,6 г 3 р/сут или <b>Кларитромицин</b> в/в 0,5 г 2 р/сут 21 дн
<b>Рифампицин</b>	в/в 300 мг 2 р/сут + <b>Ципрофлоксацин</b> в/в 400 мг 2 р/сут или <b>Левифлоксацин</b> в/в 500 мг 1 р/сут 21 день

## Пневмония госпитальная

### Общие принципы лечения

Рекомендации по эмпирической терапии госпитальных пневмоний являются в значительной степени условны-

ми, планирование такой терапии должно основываться на локальных данных об этиологической структуре госпитальных инфекций и частоте распространения антибиотикорезистентных штаммов в лечебных отделениях стационара. С практических позиций тактику эмпирической терапии госпитальной пневмонии следует планировать с учетом следующих ситуаций, которые могут влиять на спектр доминирующих возбудителей и их чувствительность к антибактериальным препаратам:

- предшествующее применение антибиотиков широкого спектра;
- наличие у пациента факторов риска инфекции, вызванной *P. aeruginosa*;
- предшествующая аспирация;
- возникновение пневмонии на ИВЛ.

## Аспирационная пневмония

Пациенты, находящиеся вне ОРИТ (хирургия, неврология).

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в 1,2 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн
<b>Офлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн
<b>Пефлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в 3,2 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в 4 г 2 р/сут 7–14 дн

П

<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут 7–14 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Имипенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 7–14 дн
<b>Меропенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 7–14 дн
<b>Эртапенем</b>	в/в 1 г 1 р/сут 7–14 дн

### При пневмонии у пациентов, находящихся на ИВЛ

<b>Цефепим</b>	2 г 2 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	4 г 2 р/сут
<b>Цефтазидим</b>	2 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> 500 мг 3 р/сут

### Альтернативные ЛС

<b>Имипенем</b>	500 мг 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	500 мг 3–4 р/сут

## В ОРИТ пневмония на фоне искусственной вентиляции легких или риск *P. aeruginosa*

### ЛС выбора

<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут 7–14 дн
<b>Цефоперазон</b>	в/в 2–3 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в 4 г 2 р/сут 7–14 дн
<b>Цефтазидим</b>	в/в 2 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 400 мг 2–3 р/сут 7–14 дн



## Альтернативные ЛС

*При неэффективности стартовой терапии*

<b>+ Амикацин</b>	15 мг/кг 1 р/сут к любой предшествующей схеме терапии
<b>Имипенем</b>	500 мг 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	500 мг 3–4 р/сут

*При неэффективности второго этапа терапии и отсутствии данных микробиологического исследования*

<b>+ Ванкомицин</b>	в/в капельно 1 г 2 р/сут или <b>Рифампицин</b> в/в 300–450 мг 2 р/сут (для усиления воздействия на грамположительные бактерии)
---------------------	--

*При неэффективности третьего этапа терапии*

<b>Флуконазол</b>	в/в 400 мг 1 р/сут
-------------------	--------------------

## Вне ОРИТ пневмония у пациентов, не получавших антибиотики

ЛС выбора

<b>Тикарциллин/клавуланат</b>	в/в 3,2 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 1 р/сут 7–14 дн

Альтернативные ЛС

<b>Левифлоксацин</b>	в/в 500 мг 1 р/сут 7–14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 7–14 дн
<b>Офлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут 7–14 дн
<b>Пефлоксацин</b>	в/в 400 мг 2 р/сут 7–14 дн

П

### Резервные ЛС<sup>1</sup>

<b>Имипенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 7–14 дн
<b>Меропенем</b>	в/в 500 мг 3–4 р/сут 7–14 дн
<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут 7–14 дн
<b>Эртапенем</b>	в/в 1 г 1 р/сут 7–14 дн

## Вне ОРИТ пневмония у пациентов, получавших антибиотики

### ЛС выбора

<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут 7–14 дн
<b>Цефоперазон/ сульбактам</b>	в/в 4 г 2 р/сут 7–14 дн
<b>Эртапенем</b>	в/в 1 г 1 р/сут 7–14 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Имипенем</b>	500 мг 3–4 р/сут
<b>Меропенем</b>	500 мг 3–4 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	400 мг 2 р/сут

# Пневмония кандидозная

## Первичная кандидозная пневмония

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,6–1,0 мг/кг/сут не менее двух нед после исчезновения клинических и рентгенологических признаков инфекции, эрадикации возбудителя
----------------------	---

<sup>1</sup> При неэффективности стартовой терапии.

## Вторичная пневмония вследствие гематогенной диссеминации

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 1 мг/кг/сут
<b>Вориконазол<sup>1</sup></b>	в/в 6 мг/кг на 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин<sup>1</sup></b>	в/в по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в по 6 мг/кг/сут

## Пневмоцистоз

### Общие принципы лечения

#### ЛС выбора

<b>Ко-тримоксазол</b>	в/в в 3–4 введения 14–21 дн (лучше 2–3 нед) по 15–20 мг/кг/сут (расчет дозы по триметоприму)
-----------------------	--

#### Альтернативные ЛС

<b>Пентамидин</b>	по 4 мг/кг/сут 2–3 нед
<b>Примахин</b>	по 30 мг/сут + <b>Клиндамицин</b> по 2400 мг/сут 3 нед
<b>Триметоприм</b>	по 3–4 мг/кг 3–4 р/сут + <b>Дапсон</b> по 100 мг/сут 3 нед
<b>Преднизолон<sup>1</sup></b>	по 80 мг/сут

### Профилактика

- СПИД (количество CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов < 200 кл/мкл или наличие кандидоза полости рта);

<sup>1</sup> Следует добавлять при тяжелой дыхательной недостаточности (pO<sub>2</sub> < 70 мм рт. ст.).

- дети, родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей (начиная с возраста 4–6 недель);
- злокачественная неходжкинская лимфома;
- аллогенная или аутологичная трансплантация костного мозга.

Вторичная профилактика (профилактика рецидива) проводится после достижения ремиссии острого пневмоцистоза.

Первичная и вторичная профилактика могут быть отменены при эффективной в течение трех месяцев ВААРТ (количество CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов > 200 кл/мкл) и возобновлены при снижении количества CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов < 200 кл/мкл и/или рецидиве пневмоцистоза у пациентов с количеством CD<sup>4+</sup> Т-лимфоцитов > 200 кл/мкл.

#### ЛС выбора

<i>Ко-тримоксазол</i>	<i>по 0,96 г 3 р/нед или по 0,48 г ежедневно</i>
-----------------------	--

#### Альтернативные ЛС

<i>Дапсон</i>	<i>по 100 мг/сут</i>
---------------	----------------------

<i>Пентамидин</i>	<i>по 300 мг/сут ингаляции с помощью небулайзера аэрозоль</i>
-------------------	---

## Пролежни

### Общие принципы лечения

Успех лечения пролежней в самом начале предопределен **профилактическими мероприятиями**, направленными на предупреждение как формирования новых пролежней, так и их нагноения.

Прежде всего, необходимо устранять постоянное давление на определенные точки тела путем многократного переворачивания пациента. Его необходимо укладывать на абсолютно ровную жестковатую поверхность, покрытую тщательно расправленными простынями.

Не следует подкладывать клеенки, резиновые надувные круги, т. к. все это вызывает давление тканей, нарушает микроциркуляцию.

Хороший клинический эффект достигается при использовании специальных противопролежневых матрасов.

Кожные покровы крестца и копчика, лопаток, позвоночника, локтей, пяток, области бугров пяточных костей, наружного затылочного выступа, области лодыжек, мышечков большого и малого вертелов (проблемные точки пациента) ежедневно обрабатывают камфорным спиртом.

Гиперемированные участки обрабатывают следующими растворами иодофоров, хорошо проникающими через кожу в подкожную клетчатку и подавляющими рост патогенных микроорганизмов в глубине тканей:

<b>Иодовидон</b>	2 р/сут
<b>Иодопирон 1%</b>	2 р/сут
<b>Повидон-йод 1%</b>	2 р/сут

При отсутствии клинических признаков сепсиса

<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3–4 р/сут 5–10 дн
<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	сначала в/в по 1,2 г, затем внутрь по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 5–10 дн
<b>Тикарциллин/клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3 р/сут 5–10 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 5–10 дн + <b>Метронидазол</b> в/в или внутрь по 500 мг 3 р/сут

П

### При развитии сепсиса

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5 г 3 р/сут 7–14 дн
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут 7–14 дн + <b>Метронидазол</b> по 0,5 г 3 р/сут
<b>Цефоперазон/сульбактам</b>	в/в по 4 г 2 р/сут 7–14 дн
<b>Цефтазидим</b>	по 1–2 г 3 р/сут 7–14 дн + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2–3 р/сут, затем внутрь по 750 мг 2 р/сут 7–14 дн + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

Для **местного лечения** пролежней необходимо использовать мази с высокой осмотической активностью, широким антимикробным спектром, направленным как на аэробные, так и на анаэробные микроорганизмы:

*Диоксидиновая мазь 5%*

*Диоксиколь мазь*

*Иодопионовая мазь 1% (повидон-иод мазь)*

*Мафенида ацетата мазь 10%*

*Нитацид мазь*

При обнаружении трудноотделяемых некротических тканей показано использование повязок с ферментными мазями:

*Лавендула*

*Протегентин*

Применение мазей, кремов на жировой основе (солкосерилловая мазь, метилурациловая мазь 10%, линимент по А. А. Вишневскому, синтомициновая, стрептоцидовая, эритромициновая мази) не оправдано, т. к. все эти ЛС не соответствуют требованиям лечения первой фазы раневого процесса.

После отторжения некротических тканей для ускорения заполнения дефекта грануляциями полости про-

лежня необходимо использовать современные ЛС, усиливающие регенераторный процесс:

*Мази с невысокой осмотической активностью (стрептонитол, метилдиоксидин) — раневые покрытия (альгимаф, гентацикол, альгикол-АКФ, коллахит-ФА)*

*Пенообразующие аэрозоли (диоксизоль, гентазоль, нитазол)*

*Масла (мелиацил)*

## Простатит бактериальный

### Общие принципы лечения

Терапия любых форм бактериальных простатитов должна быть комплексной и включать в себя следующие компоненты:

1. Антибактериальная терапия (ведущий метод терапии).
2. Обеспечение оттока гнойно-воспалительного отделяемого из выводных протоков ацинусов предстательной железы (массаж предстательной железы при хроническом простатите).
3. Физические методы воздействия с целью улучшения кровообращения в предстательной железе (лазеротерапия, различные модификации физиотерапии, теплые микроклизмы с фитопрепаратами: ромашкой, шалфеем и т.д.).
4. Седативная терапия.
5. Диета — исключение алкоголя, острой пищи.

П

Выбор антибиотика для лечения простатитов определяется его фармакокинетическими свойствами, заключающимися в первую очередь в проникновении его в ткань предстательной железы и создании там бактерицидных концентраций для микроорганизмов. Данными характеристиками обладают фторхинолоны и котримоксазол. Бета-лактамы хуже проникают в ткань предстательной железы и их концентрации обычно ниже терапевтических. Использование бета-лактамов допустимо только при остром простатите, так как при выраженном воспалении проникновение препаратов в ткань предстательной железы лучше.

## Острый бактериальный простатит

При данной форме заболевания необходима госпитализация.

### Тяжелая, генерализованная форма

#### ЛС выбора

<b>Левифлоксацин</b>	в/в по 500 мг 1–2 р/сут 3–4 нед
<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 3–4 нед
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 3–4 нед

#### Альтернативные ЛС

<b>Цефотаксим</b>	в/в 2 г 3 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут 3–4 нед
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2 г 1 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут 3–4 нед
<b>Ко-тримоксазол</b>	в/в 960 мг 2 р/сут + <b>Амикацин</b> 15 мг/кг 1 р/сут 3–4 нед

По достижении клинического эффекта возможна ступенчатая терапия.



## Менее тяжелая форма

### ЛС выбора

<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 2–3 нед
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 2–3 нед
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 2–3 нед
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 2–3 нед
<b>Спарфлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 2–3 нед
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 750 мг 2 р/сут 2–3 нед

### Альтернативные ЛС

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри по 960 мг 2 р/сут 3–4 нед
<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 3–4 нед

## Хронический бактериальный простатит

Лечение данной формы обычно проводится в амбулаторных условиях.

### ЛС выбора

<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1–2 р/сут 3–4 нед
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 3–4 нед
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 3–4 нед
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 3–4 нед
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 750 мг 2 р/сут 3–4 нед

### Альтернативные ЛС

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри по 960 мг 2 р/сут 1,5–2 мес
<b>Пефлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 3–4 нед
<b>Спарфлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 3–4 нед

П

Схемы лечения. Инфекции

# Р

## Ретинит, эндофтальмит кандидозный

### Общие принципы лечения

Эффективность введения противогрибковых ЛС внутрь стекловидного тела не определена. Может быть эффективно хирургическое лечение.

#### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в по 0,8–1,0 мг/кг/сут 6–12 нед
<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	в/в 3–5 мг/кг/сут 2–6 мес
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин</b>	в/в по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в 6–12 мг/кг/сут 6–12 нед

## Рожа

### Общие принципы лечения

Лечение рожи комплексное, с учетом формы заболевания, рецидивности, выраженности интоксикации, а также возраста пациента.

Большинству пациентов с рожистыми заболеваниями показано лечение в стационарных условиях. Это относится в первую очередь к пациентам с эритематозно-буллезной, эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической рожей, а также к детям и пациентам пожилого возраста.

## Неосложненная рожа

### ЛС выбора

<b>Бензатин-пенициллин</b>	в/м 2,4 млн ЕД 1 р/2 нед
<b>Бензилпенициллин</b>	в/м или в/в по 1–2 млн ЕД 4 р/сут 10–14 дн
<b>Феноксиметил-пенициллин</b>	внутри по 0,5 г 4 р/сут 10–14 дн

### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Азитромицин</b>	внутри 250 мг 1 р/сут 10–14 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 250 мг 2 р/сут 10–14 дн
<b>Клиндамицин</b>	внутри по 300 мг 3–4 р/сут 10–14 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри по 150 мг 2 р/сут 10–14 дн
<b>Эритромицин</b>	внутри по 250–500 мг 4 р/сут 10–14 дн
<b>Линкомицин</b>	внутри или в/в, в/м по 600 мг 3 р/сут 10–14 дн

## Тяжелая или осложненная рожа

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в по 1,2 г, затем внутри по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут 14 дн и более
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в по 1,5–3 г 3 р/сут, при улучшении состояния переходят на в/м введение — курс 14 дн и более
<b>Цефотаксим</b>	в/в по 1 г 3 р/сут 14 дн и более +/- <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут

<sup>1</sup> При аллергии к бета-лактамам.

<b>Цефепим</b>	в/в по 1–2 г 2 р/сут 14 дн и более +/- <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 1–2 г 1 р/сут 14 дн и более +/- <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут

**Местно:***Иодовидон**Иодопирон 1%**Повидон-йод*

При буллезно-некротической форме рожи часто образуются обширные дефекты кожного покрова, и создается опасность генерализации инфекции. С лечебной и профилактической целью делают перевязки с мазями на ПЭГ основе.

Не утратили значения различные физиотерапевтические методы, хотя достоверных данных об их влиянии на инфекцию нет. К ним относятся УФО, аппликации озокерита, парафиновые аппликации, лазеротерапия.

После лечения буллезно-некротической рожи часто остаются различной величины дефекты кожи. Для ускорения эпителизации целесообразно продолжить лечение под повязками с маслами (милиацил), пенообразующими аэрозолями (диоксизоль, гентазоль) и раневыми покрытиями (альгимаф, гентацикол)

**P**

Схемы лечения. Инфекции

C

## Сибирская язва

### Общие принципы лечения

#### Профилактика

**Вакцинопрофилактика** проводится в плановом или экстренном порядке. **Химиопрофилактика** проводится по схеме лечения легочной формы сибирской язвы в течение 5 суток.

### Ингаляционная форма сибирской язвы (спорадические случаи)

ЛС выбора<sup>1</sup>

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Доксициклин</i>	<i>в/в по 100 мг 2 р/сут 60 дней</i>	<i>внутрь &gt; 8 лет и &gt;45 кг — по 0,1 г; &gt;8 лет и ≤45 кг — по 2,2 мг/кг; ≤8 лет — по 2,2 мг/кг каждые 12 ч 60 дн</i>

<sup>1</sup> Дополнительно один из следующих препаратов: рифампицин, ванкомицин, пенициллин, хлорамфеникол, амоксициллин, имипенем, клиндамицин, кларитромицин.

<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 60 дней	внутри по 10–15 мг/кг (максимальная доза не более 1 г/сут) каждые 12 ч 60 дн
-----------------------	----------------------------------	---

### Альтернативные ЛС

ЛС	Схема для взрослых
<b>Доксициклин</b>	Внутри по 100 мг 2 р/сут 60 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	Внутри по 500 мг 2 р/сут 60 дн

## Кожная форма сибирской язвы (спорадические случаи)

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин</b>	внутри по 500 мг 3 р/сут 7–10 дн
<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 7–10 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 7–10 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м по 600 000 ЕД 4 р/сут 7–10 дн
-------------------------	-----------------------------------

### В условиях применения в качестве биологического оружия

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей <sup>1</sup>
<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 60 дн	внутри (>8 лет и >45 кг — по 100 мг, >8 лет и ≤45 кг — по 2,2 мг/кг, ≤8 лет — по 2,2 мг/кг) каждые 12 ч 60 дн

<sup>1</sup> Высокий риск смерти от инфекции превышает опасность осложнений при применении антибиотиков.



<b>Ципрофлоксацин</b>	<i>внутрь по 500 мг 2 р/сут 60 дн</i>	<i>внутрь по 10–15 мг/кг (максимальная доза не более 1 г/сут) каждые 12 ч 60 дн</i>
-----------------------	---	---

**Беременные<sup>1</sup>**

<b>Доксициклин</b>	<i>внутрь по 100 мг 2 р/сут 7–14 дн в первые 6 мес беременности</i>
<b>Ципрофлоксацин</b>	<i>внутрь по 500 мг 2 р/сут 60 дн</i>

При выраженном поражении, распространенном отеке, локализации поражения на лице или шее используется комбинация ципрофлоксацина или доксициклина с одним из антимикробных препаратов, к которым чувствительны природные штаммы сибиреязвенной палочки (препараты вводятся внутривенно).

**После улучшения состояния**

<b>ЛС</b>	<b>Схема для взрослых</b>	<b>Схема для детей</b>
<b>Амоксициллин</b>	<i>внутрь по 500 мг 3 р/сут</i>	<i>внутрь по 80 мг/кг 3 р/сут</i>

## Легочная форма сибирской язвы (массовое заражение)

**ЛС выбора**

<b>ЛС</b>	<b>Схема для взрослых</b>	<b>Схема для беременных</b>	<b>Схема для детей</b>
<b>Ципрофлоксацин</b>	<i>внутрь по 500 мг 2 р/сут 60 дн</i>	<i>внутрь по 500 мг 2 р/сут 60 дн</i>	<i>внутрь по 30 мг/кг/сут каждые 12 ч 60 дн (максимальная доза не более 1 г/сут)</i>

<sup>1</sup> Высокий риск смерти от инфекции превышает опасность осложнений при применении антибиотиков.

### Альтернативные ЛС

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<i>Амоксициллин</i>	<i>внутри по 500 мг 3 р/сут 60 дн</i>	<i>внутри при массе тела <math>\geq 20</math> кг — 0,5 г; при массе тела <math>&lt; 20</math> кг — 40 мг/кг 3 р/сут 6 дней</i>
<i>Доксициклин</i>	<i>внутри по 100 мг 2 р/сут 60 дн</i>	

### Альтернативные ЛС

<i>Амоксициллин</i>	<i>внутри по 500 мг 3 р/сут 60 дн</i>
---------------------	---------------------------------------

Переход на пероральный прием препаратов осуществляется по мере улучшения состояния пациента.

## Синусит

### Общие принципы лечения

Комплексное лечение синуситов включает в себя:

- **немедикаментозные мероприятия** — лечебные пункции пазух (при остром гайморитомидите и остром гнойном фронтите); беспункционную аспирацию содержимого пазух с помощью синус-катетера «ЯМИК» (в случае упорного блока естественного соустья возможно введение в просвет пазухи двух пункционных игл); использование метода назального душа
- **лекарственную терапию** — сосудосуживающие капли в нос; системная антибактериальная терапия; системная десенсибилизирующая терапия

(антигистаминные препараты 2-го поколения);  
муколитические средства (группы карбоцистеина  
и ацетилцистеина).

#### Лечебные пункции

<i>Диоксидин 0,5–1% р-р</i>	<i>через день</i>
<i>Калия перманганат слабый р-р</i>	<i>через день</i>
<i>Мирамистин 0,01% р-р</i>	<i>через день</i>
<i>Гидрокортизон сусп.<sup>1</sup></i>	
<i>Трипсин р-р<sup>1</sup></i>	
<i>Химотрипсин р-р<sup>1</sup></i>	

В случае упорного блока естественного соустья возможно введение в просвет пазухи двух пункционных игл.

Лобную пазуху промывают ежедневно через специальную канюлю, установленную во время трепанопункции.

#### Беспункционная аспирация

содержимого околоносовых пазух проводят при помощи синус-катетера «ЯМИК» по методу В. С. Козлова и Г. И. Маркова. Метод беспункционной аспирации позволяет удалить патологический секрет из всех околоносовых пазух (прежде всего — решетчатых клеток) и ввести в пазуху препараты (с диагностической и лечебной целью)

#### Метод назального душа

заключается в эвакуации патологического содержимого околоносовых пазух при помощи системы переливания крови («капельницы» старого образца).

<sup>1</sup> В случае возникновения полного или частичного блока соустья при промывании пазухи.

## Обострение хронического синусита

В некоторых случаях требуются более длительные курсы антибактериальной терапии — до 4–6 недель. При упорном рецидивирующем течении показано хирургическое лечение.

Показания к госпитализации:

- тяжелое клиническое течение острого синусита;
- подозрение на осложнение или его развитие (флегмона орбиты, риногенный менингит, сепсис);
- острый синусит на фоне тяжелой сопутствующей патологии или иммунодефицита;
- невозможность проведения в амбулаторных условиях специальных инвазивных манипуляций.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 10–14 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 0,5 г 1 р/сут в течение 10–14 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 0,4 г 1 р/сут в течение 10–14 дн

При тяжелом течении обострения хронического синусита антибиотики назначаются парентерально (возможна ступенчатая терапия)

<b>Амоксициллин/клавуланат</b>	в/в 1,2 г 3 р/сут в течение 2–4 дн, затем внутри 0,625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 2–3 нед
<b>Левифлоксацин</b>	в/в 0,5 г 1 р/сут в течение 2–4 дн, затем внутри 0,5 г 1 р/сут в течение 2–3 нед
<b>Моксифлоксацин</b>	в/в 0,4 г 1 р/сут в течение 2–4 дн, затем внутри 0,4 г 1 р/сут в течение 2–3 нед
<b>Тикарциллин/клавуланат</b>	в/в 3,2 г 3 р/сут в течение 2–4 дн, затем <b>Амоксициллин/клавуланат</b> внутри 0,625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 2–3 нед
<b>Цефотаксим</b>	в/в или в/м 1 г 3–4 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в 0,5 г 3 р/сут в течение 2–4 дн, затем <b>Цефиксим</b> внутри 0,4 г 1 р/сут + <b>Метронидазол</b> внутри 0,5 г 3 р/сут в течение 2–3 нед

## Острый синусит

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри по 0,625 г 3 р/сут или 1 г 2р/сут в течение 7–10 дн
<b>Цефуроксим аксетил</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут в течение 7–10 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Амоксициллин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут в течение 7–10 дн
---------------------	---

### При аллергии к бета-лактамам антибиотикам:

<b>Левифлоксацин</b>	внутри по 0,5 г 1 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 0,4 г 1 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Азитромицин</b>	внутри 0,5 г 1 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут в течение 7–10 дн
<b>Джозамицин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут в течение 7–10 дн

### При тяжелом течении — антибиотики парентерально (возможна ступенчатая терапия)

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	в/в по 1,2 г 3 р/сут в течение 2–4 дн, затем внутри по 0,625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 7–10 дн
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	по 3,2 г 3 р/сут в течение 2–4 дн, затем <b>Амоксициллин/клавуланат</b> внутри по 0,625 мг 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 7–10 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в или в/м по 1 г 3–4 р/сут (или <b>Цефтриаксон</b> в/в или в/м 1 г 1 р/сут) в течение 2–4 дн, затем <b>Цефиксим</b> внутри 0,4 г 1 р/сут в течение 7–10 дн

При нетяжелом остром инфекционном риносинусите возможно применение местных антибактериальных средств, в частности, фузафунжина (по 4 ингаляции в каждый носовой ход 4 р/сут в течение 7 дней). Применение местных средств не исключает системные антибиотики.

При остром синусите, возникшем в стационаре (как правило, у пациентов в ОРИТ, подвергнутых назоантральной или назотрахеальной интубации)

<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5 г 3 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5 г 3 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 2 р/сут в течение 5–7 дн
<b>Цефтазидим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут в течение 5–7 дн

## Сифилис

### Превентивное лечение

#### ЛС выбора

<b>Бензатинпенициллин или Бициллин-1</b>	2,4 млн ЕД (1 инъекция)
<b>Бициллин-3</b>	1,8 млн ЕД или <b>Бициллин-5</b> 1,5 млн ЕД (2 инъекции) 2 р/нед
<b>Прокаинбензилпенициллин</b>	1,2 млн ЕД 1 р/сут 7 дн или <b>Новокаиновая соль пенициллина</b> по 600 000 ЕД 2 р/сут 7 дн

### Первичный сифилис

#### ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м по 1 млн ЕД 4 р/сут 10 дней
<b>Бензатинпенициллин</b>	по 2,4 млн ЕД каждые 7 дней (2 инъекции) или <b>Бициллин-1</b> по 2,4 млн ЕД 1 раз в 5 дней (3 инъекции) 2 р/нед, всего 5 инъекций
<b>Бициллин-3</b>	1,8 млн ЕД или <b>Бициллин-5</b> в разовой дозе 1,5 млн ЕД
<b>Прокаинпенициллин</b>	в/м в разовой дозе 1,2 млн ЕД ежедневно или по 600 000 ЕД 2 р/сут 10 дн

## Вторичный и ранний скрытый сифилис

ЛС выбора

<b>Бензатин-пенициллин<sup>1</sup></b>	в/м 2,4 млн ЕД 1 р/нед (3 инъекции) или <b>Бициллин-1</b> в/м 2,4 млн ЕД 1 раз в 5 дней (6 инъекций)
<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 1 млн ЕД 4 р/сут 20 дней
<b>Бициллин-3</b>	в/м 1,8 млн ЕД 2 р/нед, всего 10 инъекций или <b>Бициллин-5</b> в/м 1,5 млн ЕД 2 р/нед, всего 10 инъекций
<b>Прокаинбензилпенициллин</b>	в/м 1,2 млн ЕД 1 р/сут или 600 000 ЕД 2 р/сут 20 дн

## Третичный и скрытый поздний сифилис

Лечение больных третичным сифилисом при наличии специфических поражений внутренних органов проводится по методике, рекомендованной для висцерального сифилиса.

В отсутствие сопутствующих висцеральных поражений при позднем скрытом сифилисе применяют следующие схемы:

После двухнедельного перерыва следует 2-й курс лечения в тех же дозах длительностью в 2 нед.

ЛС выбора<sup>2</sup>

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 1 млн ЕД 4 р/сут 28 сут или <b>Новокаиновая соль пенициллина</b> по 600 000 ЕД 2 р/сут 28 сут
-------------------------	---

<sup>1</sup> При давности инфекции более 6 мес лечение бензатинпенициллином менее эффективно, поэтому целесообразно назначение прокаинпенициллина (амбулаторно) или бензилпенициллина натриевой соли (в стационаре).

<sup>2</sup> Применяются при непереносимости бензилпенициллина.

<b>Прокаинбензилпенициллин</b>	1,2 млн ЕД 1 р/сут 20 дней
<b>Оксациллин*</b>	в/м 1 г 4 р/сут 10 дней или <b>Ампициллин</b> в/м 1 г 4 р/сут 10 дней
<b>Доксициклин</b>	внутри 0,1 г 2 р/сут
<b>Тетрациклин</b>	внутри 0,5 г 4 р/сут

## Превентивное лечение<sup>1</sup>

ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	в/м 0,25 г/сут 5 дней
--------------------	-----------------------

## Первичный сифилис<sup>2</sup>

ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	0,25 г/сут 10 дней
--------------------	--------------------

## Вторичный и ранний скрытый сифилис<sup>3</sup>

ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	0,5 г/сут 10 дней
--------------------	-------------------

## Поздний скрытый и нейросифилис

ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	1–2 г/сут 14 дней
--------------------	-------------------

## Сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит

ЛС выбора

<b>Цефтриаксон</b>	в/м или в/в 2 г 2р/сут
--------------------	------------------------

<sup>1</sup> Длительность лечения — 10 дней.

<sup>2</sup> Длительность лечения — 14 дней.

<sup>3</sup> Длительность лечения — 28 дней.



## У беременных при непереносимости бета-лактамов

ЛС выбора

<b>Эритромицин<sup>1</sup></b>	в/в 0,5 г 4 р/сут
--------------------------------	-------------------

## Висцеральный сифилис

При ранних висцеральных поражениях лечение проводится так же, как и при вторичном и скрытом сифилисе давностью свыше 6 мес.

Лечение больных поздним висцеральным сифилисом начинают с двухнедельной подготовки антибиотиками широкого спектра действия.

После двухнедельного перерыва проводят второй курс по аналогичной схеме длительностью 14 дней.

<b>Тетрациклин</b>	по 0,5 г 4 р/сут или <b>Эритромицином</b> по 0,5 г 4 р/сут, затем <b>Бензилпенициллин</b> в/м по 400 000 ЕД 8 р/сут 28 дней
--------------------	---

## Нейросифилис

### Ранний нейросифилис

ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	в/в капельно по 10–12 млн ЕД 2 р/сут 14 дн или <b>Бензилпенициллин</b> в/в струйно по 2–4 млн ЕД 6 р/сут (суточная доза 12–24 млн ЕД) 14 дн
-------------------------	---

<sup>1</sup> Принимают в течение 15 дней при первичном и 30 дней — при вторичном и скрытом сифилисе.

## Поздний нейросифилис

Лечение проводится по тем же схемам, но не одним, а двумя курсами с интервалом в 2 нед. Через 6 мес осуществляют ликворологический контроль; при отсутствии санации ликвора проводится еще один курс лечения.

## Лечение беременных

Лечение беременных, больных первичным сифилисом

ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 1 млн ЕД 4 р/сут 10 дн
<b>Прокаинбензилпенициллин</b>	в/м 1,2 млн ЕД 1 р/сут 10 дн
<b>Новокаиновая соль пенициллина<sup>1</sup></b>	в/м 600 000 ЕД 2 р/сут 10 дн

Лечение беременных, больных вторичным и скрытым ранним сифилисом

ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 1 млн ЕД 4 р/сут 20 дн
<b>Прокаинбензилпенициллина<sup>1</sup></b>	в/м 1,2 млн ЕД 1 р/сут 20 дн
<b>Новокаиновая соль пенициллина<sup>1</sup></b>	в/м 600 000 ЕД 2 р/сут 20 дн

Профилактическое лечение беременных

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 1 млн ЕД 4 р/сут 10 дн
-------------------------	----------------------------

<sup>1</sup> При непереносимости пенициллина показано применение ампициллина, оксациллина, цефтриаксона или эритромицина.

<b>Прокаинбензилпенициллин</b>	в/м 1,2 млн ЕД 1 р/сут 10 дн
<b>Новокаиновая соль пенициллина<sup>1</sup></b>	в/м 600 000 ЕД 2 р/сут 10 дн

## Лечение детей<sup>2</sup>

### Профилактика врожденного сифилиса

- Отсутствие лечения матери во время беременности.
- Поздно начатое (после 32 недели беременности) лечение.
- Неполноценное лечение матери.

#### ЛС выбора

<b>Бензатин-пенициллин</b>	в разовой дозе 50 000 ЕД/кг 1 р/нед (2 инъекции)
<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 100 000 ЕД/кг/сут 10 дней (суточная доза делится на 6 инъекций) или <b>Прокаинбензилпенициллин</b> в/м 50000 ЕД/кг/сут (1 инъекция ежедневно) или <b>Новокаиновая соль пенициллина</b> в/м 5000. ЕД/кг/сут 10 дней (суточная доза делится на 1–2 инъекции каждые 12 ч)
<b>Цефтриаксон<sup>3</sup></b>	в/м 50 мг/кг 1 р/сут ежедневно 10 дней

## Лечение при отсутствии патологии в ликворе<sup>4</sup>

#### ЛС выбора

<b>Бензатин-пенициллин</b>	В/м 50 000 ЕД/кг массы тела 1 р/нед (3 инъекции; каждая доза делится пополам и вводится в две ягодицы)
----------------------------	--

<sup>1</sup> При непереносимости пенициллина показано применение ампициллина, оксациллина, цефтриаксона или эритромицина.

<sup>2</sup> Тетрациклиновый ряд не применяется у детей до 8 лет.

<sup>3</sup> У детей с непереносимостью пенициллина.

<sup>4</sup> У доношенных детей массой тела не менее 2 кг.

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 100 000 ЕД/кг/сут каждые 4 ч 14 дней или
<b>Прокаин пенициллин</b>	в/м 50000 ЕД/кг/сут (1 инъекция ежедневно) или <b>Новокаиновая соль пенициллина</b> в той же суточной дозе, разделенной на 2 инъекции, 14 дней

## Лечение при наличии патологии в ликворе или без ликворологического обследования

### ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 100 000 ЕД/кг/сут каждые 4 ч 14 дней или
<b>Прокаин пенициллин</b>	в/м 50000 ЕД/кг/сут (1 инъекция ежедневно) или <b>Новокаиновая соль пенициллина</b> в той же суточной дозе, разделенной на 2 инъекции, 14 дней
<b>Цефтриаксон</b>	в/м 1 р/сут 80–50 мг/кг 14 дней

## Лечение позднего врожденного сифилиса

### ЛС выбора

<b>Бензилпенициллин</b>	50000 ЕД/кг/сут (6 инъекций) 28 дней. Через 2 нед — повторный курс 14 дней
<b>Прокаин бензилпенициллин</b>	в/м 50000 ЕД/кг/сут (но не более 1200 000 ЕД/сут) 1 р/сут 28 дней. Через 2 нед — повторный курс 14 дней

## Превентивное лечение детей

### ЛС выбора

<b>Бензатинпенициллин или Бициллин-1<sup>1</sup></b>	2,4 млн ЕД (1 инъекция)
<b>Бициллин-3<sup>1</sup></b>	1,8 млн ЕД или <b>Бициллин-5<sup>1</sup></b> 1,5 млн ЕД (2 инъекции) 2 р/нед

<sup>1</sup> Не применяется у детей до 2 лет.

<b>Прокаин</b>	1,2 млн ЕД 1 р/сут 7 сут или <b>Новокаиновая соль</b>
<b>бензилпенициллин</b>	<b>пенициллина</b> по 600 000 ЕД 2 р/сут 7 сут

## Контроль лечения

**Превентивное лечение и первичный серонегативный сифилис** — однократное клинико-серологическое обследование через 3 месяца после лечения.

**Ранние формы сифилиса** (положительные результаты КСР РМП до лечения) — клинико-серологический контроль 1 раз в 3 месяца до получения отрицательных результатов этих тестов и затем еще 6 месяцев, в течение которых проводятся два обследования.

**Поздние формы сифилиса** — 3-летний срок клинико-серологического контроля. В процессе контрольного наблюдения КСР (РМП) исследуют 1 раз в 3 месяца в течение первого и 1 раз в 6 месяцев в течение второго и третьего годов. Специфические серореакции (РИТ, ИФА, РПГА, РИТ) исследуют 1 раз в год. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально.

**Нейросифилис** — наблюдение в течение 3 лет, независимо от стадии. Результаты лечения контролируются с помощью серологических исследований сыворотки крови в сроки, указанные выше, а также обязательным ликворологическим обследованием через 6 мес; при отсутствии санации ликвора проводится еще один курс лечения. Дальнейший контроль СМЖ проводится 1 раз в 6 месяцев. Стойкая нормализация ликвора является показанием к снятию с учета.

**Лица с серорезистентностью** находятся на клинико-серологическом контроле 3 года.

**Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом**, но не болевшие врожденным сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение одного года. Первое клинико-серологическое обследование

проводится в возрасте 3 месяцев — КСР (МРП), РИТ, РИФ; повторное обследование проводят в возрасте 1 года, перед снятием с учета. Если в 3-месячном возрасте отмечена позитивность серологических тестов, повторное обследование проводят в 6-, 9- и 12-месячном возрасте.

Дети, получившие лечение по поводу как раннего, так и позднего врожденного сифилиса, проходят клинико-серологический контроль по тому же принципу, что и взрослые, но не менее одного года. Детям, получившим лечение по поводу приобретенного сифилиса, клинико-серологический контроль проводят так же, как и взрослым.

### Серорезистентность и дополнительное лечение

**Серорезистентность** — это сохранение стойкой позитивности КСР (МРП) после лечения на ранних стадиях сифилиса. Она устанавливается в тех случаях, когда в течение года после окончания терапии результаты РСК с трепонемным и кардиолипидным антигенами либо результаты МРП положительны без тенденции к снижению титра реагинов. В этих случаях назначается дополнительное лечение. Если через год после лечения негативация РСК (МРП) не наступила, но отмечается снижение титра реагинов (по меньшей мере в 4 раза) или снижение степени позитивности РСК от резко положительной до слабо положительной, то эти случаи рассматривают как замедленную негативацию серореакций, и наблюдение продолжают еще 6 месяцев. Если в течение этого времени продолжается снижение позитивности РСК (МРП), то наблюдение можно продлить еще на 6 месяцев. При отсутствии дальнейшего снижения позитивности РСК (МРП) проводят ликворологическое обследование и дополнитель-

ное лечение. Таким образом, дополнительное лечение проводится с учетом динамики КСР (МРП) в сроки от 1 года до 2 лет после первого лечения, как правило, однократно.

#### ЛС выбора<sup>1</sup>

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м 1 млн ЕД 6 р/сут 20 дней (в стационаре)
<b>Прокаин бензилпенициллин</b>	в/м 1,2 млн ЕД 1 р/сут (амбулаторно)
<b>Новокаиновая соль пенициллина</b>	600 000 ЕД 2 р/сут 20 дней (в стационаре)
<b>Цефтриаксон</b>	в/м 1 г 1 р/сут 10 дней

#### Критерии излеченности:

- полноценность проведенного лечения;
- данные клинического обследования (осмотр кожных покровов и слизистых, при показаниях — исследование внутренних органов и нервной системы);
- результаты лабораторного (серологического, при показаниях — ликворологического) исследования;
- к работе в детских учреждениях, на предприятиях общественного питания больные сифилисом, получившие стационарное лечение, допускаются после выписки из стационара, а получающие амбулаторное лечение — после регресса клинических симптомов заболевания;
- дети, получающие амбулаторное лечение по поводу приобретенного сифилиса, могут посещать детское учреждение после исчезновения клинических проявлений.

<sup>1</sup> При обнаружении патологии в ликворе лечение проводится по схемам раннего нейросифилиса.

Схемы лечения. Инфекции



# T

## Тиф брюшной

### Общие принципы лечения

Этиотропная терапия:

- занимает ведущее место в комплексном лечении;
- назначается всем больным брюшным тифом, паратифами А и В;
- продолжительность курса — до 10-го дня после нормализации температуры тела вне зависимости от тяжести течения и быстроты клинического выздоровления больного;
- предпочтительнее проведение ступенчатой терапии (сначала парентеральное введение антибиотиков, затем — внутрь);
- при отсутствии существенного улучшения в течение 4–5 дней проводят смену антибактериального препарата;
- для лечения рецидивов проводят повторный курс антибактериальной терапии со сменой антибактериального препарата. При этом необходимо учитывать антибиотикограмму аутокультуры (при условии ее выделения).

ЛС выбора<sup>1</sup>

<b>Офлоксацин</b>	в/в и внутрь 0,4 г 2 р/сут
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в 0,4 г, внутрь 0,5 г 2 р/сут

<sup>1</sup> Назначаются до 10-го дня после нормализации температуры тела.

Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

Цефтриаксон	в/в 2 г 1 р/сут
-------------	-----------------

## Тонзиллит и фарингит

### Общие принципы лечения

Лечение острого вирусного фарингита симптоматическое (анальгетики — антипиретики, полоскания и ингаляции антисептиков и др.). Системная антибактериальная терапия не применяется.

При фолликулярном фарингите улучшение симптоматики происходит быстрее при применении местной антибиотикотерапии, позволяющей адекватно воздействовать на слизистую оболочку ротоглотки. С этой целью назначают фузафунжин в форме аэрозоля (по 4 ингаляции 4 р/сут). Схемы антибактериальной терапии стрептококкового тонзиллита/фарингита представлены ниже.

### Острый стрептококковый (БГСА)<sup>2</sup> тонзиллит/фарингит

Бензатинпенициллин в/м целесообразно назначать при:

- сомнительной исполнительности больного в соблюдении режима применения антибиотика
- ревматической лихорадке в анамнезе у больного или ближайших родственников

<sup>1</sup> Назначаются до 10-го дня после нормализации температуры тела.

<sup>2</sup> БГСА — бета-гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*).

- неблагоприятных социально-бытовых условиях
- вспышках БГСА-инфекции в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях и т.п.

Феноксиметилпенициллин внутрь, учитывая наличие лекарственной формы в виде суспензии, рекомендуется преимущественно детям раннего возраста в соответствующих дозах.

### ЛС выбора

<b>Бензатин-пенициллин</b>	в/м 2,4 млн ЕД однократно
<b>Амоксициллин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 10 дней
<b>Цефадроксил</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут в течение 10 дней
<b>Феноксиметил-пенициллин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут за 1 час до еды в течение 10 дней

### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Азитромицин</b>	внутри 0,5 г 1 р/сут в 1-й день, затем 0,25 г 1 р/сут за 1 час до еды в течение 4 дней
<b>Кларитромицин</b>	внутри по 0,25 г 2 р/сут в течение 10 дней
<b>Мидекамицин</b>	внутри по 0,4 г 3 р/сут за 1 час до еды в течение 10 дней
<b>Рокситромицин</b>	внутри по 0,15 г 2 р/сут в течение 10 дней
<b>Спирамицин</b>	внутри по 3 млн МЕ 2 р/сут в течение 10 дней
<b>Эритромицин<sup>2</sup></b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут за 1 час до еды в течение 10 дней
<b>Клиндамицин<sup>3</sup></b>	внутри по 0,15 г 4 р/сут в течение 10 дней
<b>Линкомицин<sup>3</sup></b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут за 1–2 часа до еды в течение 10 дней
<b>Джозамицин</b>	внутри по 0,5 г 3р/сут в течение 10 дней

<sup>1</sup> При непереносимости бета-лактамовых антибиотиков.

<sup>2</sup> Эритромицин при пероральном приеме чаще других макролидов вызывает побочные реакции, особенно со стороны ЖКТ.

<sup>3</sup> При непереносимости бета-лактамовых антибиотиков и макролидов.

## Рецидивирующий БГСА-тонзиллит/фарингит

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри по 0,625 г 3 р/сут или 1 г 2 р/сут в течение 10 дней
<b>Цефуруксим аксетил</b>	внутри по 0,25 г 2 р/сут (сразу после еды) в течение 10 дней

### Альтернативные ЛС<sup>1</sup>

<b>Клиндамицин</b>	внутри по 0,15 г 4 р/сут в течение 10 дней
<b>Линкомицин</b>	внутри по 0,5 г 3 р/сут за 1–2 часа до еды в течение 10 дней

## Трихомониаз урогенитальный

### Общие принципы лечения

Лечение трихомониаза основано на пероральном применении препаратов из группы нитроимидазолов.

### ЛС выбора

<b>Метронидазол<sup>2</sup></b>	внутри 2 г однократно
<b>Метронидазол<sup>2</sup></b>	внутри 500 мг 2 р/сут 7 дней

### Альтернативные ЛС

<b>Орнидазол</b>	внутри 500 мг 2 р/сут 5 дней
<b>Секнидазол</b>	внутри 2 г однократно

<sup>1</sup> При непереносимости бета-лактамовых антибиотиков.

<sup>2</sup> При назначении метронидазола следует предупредить пациентов об исключении алкоголя.

## Рецидивирующая трихомонадная инфекция

ЛС выбора

<b>Метронидазол</b>	внутри 2 г 1 р/сут 3–5 дней
<b>Метронидазол</b>	400–500 мг 2 р/сут 7 дней

При сочетанной или осложненной трихомонадной инфекции лечение может быть дополнено назначением антибактериальных препаратов (эритромицин, амоксициллин).

## Лечение беременных

ЛС выбора

<b>Метронидазол</b>	внутри 2 г однократно (со 2-го триместра беременности)
<b>Клотримазол</b> <sup>1</sup>	100 мг (вагинальные таблетки) 1 раз на ночь 7 дней (с последующим назначением <b>Метронидазола</b> внутри со 2-го триместра)

## Лечение детей

ЛС выбора

<b>Метронидазол</b> <sup>2</sup>	внутри 250 мг 7 дней: в возрасте 1–5 лет: 1/3 таблетки 2–3 р/сут в возрасте 6–7 лет: 125 мг 2 р/сут в возрасте 11–15 лет: 250 мг 2 р/сут
----------------------------------	---

<sup>1</sup> В 1-м триместре беременности при клинически выраженных формах трихомониаза.

<sup>2</sup> При наличии указаний в анамнезе на аллергию к метронидазолу проводится десенсибилизирующая терапия (альтернативные метронидазолу препараты для лечения трихомониаза отсутствуют).

# Туляремия

## Общие принципы лечения

### Профилактика

Работники, подвергающиеся риску инфицирования, должны соблюдать правила техники безопасности, а также ограничивать контакты с грызунами.

По эпидемиологическим показаниям проводят плановую вакцинацию живой противотуляремийной вакциной (детей вакцинировать можно с семи лет, ревакцинация — каждые пять лет).

Продолжительность курса антимикробной терапии составляет 7–10 дней.

#### ЛС выбора

<i>Гентамицин</i>	<i>в/в по 1,7 мг/кг 3 р/сут</i>
<i>Стрептомицин</i>	<i>в/м по 7,5–10 мг/кг 2 р/сут</i>

#### Альтернативные ЛС

<i>Тетрациклин</i>	<i>внутри по 500 мг 4 р/сут 7–10 дн</i>
<i>Хлорамфеникол</i>	<i>внутри по 500–750 мг 4 р/сут 7–10 дн</i>

# У

## Укусы, инфекционные осложнения

### Общие принципы лечения

Необходима **местная хирургическая обработка** раны.

Профилактика столбняка.

При укусе собаки — мероприятия по профилактике бешенства.

Антимикробная терапия показана во всех случаях после укуса в возможно более ранние сроки для профилактики инфекционных осложнений и обязательна при укусах в области головы/шеи.

#### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	<i>внутрь по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут или в/в по 1,2 г 3 р/сут 5 дн</i>
-------------------------------------	---

#### Альтернативные ЛС

*После укуса кошки*

<b>Доксициклин</b>	<i>внутрь по 100 мг 2 р/сут 5 дн</i>
--------------------	--------------------------------------

*После укуса собаки*

ЛС	Схема для взрослых	Схема для детей
<b>Клиндамицин</b>	<i>внутрь по 300 мг 4 р/сут</i>	<i>в/м или внутрь по</i>

5 дн + <b>Ципрофлоксацин</b> по 500 мг 2 р/сут или <b>Офлоксацин</b> по 400 мг 2 р/сут	5 мг/кг 3 р/сут 5 дн + <b>Ко-тримоксазол</b> внутрь по 4 мг/кг (по тримето- приму) 2 р/сут
---	---

### После укуса крысы

<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 5 дн
--------------------	-------------------------------

### После укуса человеком

<b>Клиндамицин</b>	внутри по 300 мг 4 р/сут 5 дн
--------------------	-------------------------------

<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 5 дн
----------------------	----------------------------

<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 5 дн
-----------------------	-------------------------------

## Уретрит

### Общие принципы лечения

При осуществлении антибактериальной терапии разных форм уретритов необходимо проводить также лечение полового партнера, так как уретрит относится к болезням, передаваемым половым путем. В период острого процесса рекомендуется воздержаться от половых контактов. Схемы антибактериальной терапии разных форм уретритов представлены ниже.

### Герпетический уретрит

#### ЛС выбора

<b>Ацикловир</b>	внутри по 400 мг 3 р/сут или по 200 мг 5 р/сут в течение 10 дн
------------------	--

<b>Валацикловир</b>	внутри по 1 г 2 р/сут в течение 10 дн
---------------------	---------------------------------------

<b>Фамцикловир</b>	внутри 250 мг 3 р/сут 5–10 дн
--------------------	-------------------------------



## Гонорейный уретрит

### ЛС выбора

<b>Цефиксим</b>	внутри 400 мг однократно
<b>Цефотаксим</b>	в/м 500 мг однократно
<b>Цефтриаксон</b>	в/м 250 мг однократно

### Альтернативные ЛС

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри 625 мг однократно
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри 600 мг однократно
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг однократно
<b>Норфлоксацин</b>	внутри 800 мг однократно
<b>Офлоксацин</b>	внутри 400 мг однократно
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 500 мг однократно
<b>Спектиномицин</b>	в/м 2 г однократно

В настоящее время гонорейная инфекция часто ассоциирована с хламидийной, поэтому при невозможности обследования для исключения *S. trachomatis* в схемы лечения следует включить один из следующих антибиотиков:

<b>Азитромицин</b>	внутри 1 г однократно
<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Кларитромицин</b>	по 500 мг 2 р/сут 7 дн

## Кандидозный уретрит

### ЛС выбора

<b>Флуконазол</b>	внутри 200 мг в 1-е сутки, затем 100 мг 1 р/сут 4 дн
-------------------	--

У

## Негонококковый уретрит, эмпирическая терапия

### ЛС выбора

<b>Азитромицин</b>	внутри 1 г однократно
<b>Доксициклин</b>	внутри 100 мг 2 р/сут 7 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Кларитромицин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 200 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри по 150 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Эритромицин</b>	внутри по 500 мг 4 р/сут 7 дн

## Хламидийный уретрит

### ЛС выбора

<b>Азитромицин</b>	внутри 1 г однократно
<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг по 2 р/сут 7 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Кларитромицин</b>	внутри по 500 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Мидекамицин</b>	внутри по 400 мг 3 р/сут 7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 200 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри по 150 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Спирамицин</b>	внутри по 3 млн МЕ 2 р/сут 7 дн
<b>Эритромицин</b>	внутри по 500 мг 4 р/сут 7 дн

### Лечение хламидийного уретрита у беременных женщин

<b>Рокситромицин</b>	внутри 150 мг 2 р/сут 7 дн
----------------------	----------------------------

<b>Спирамицин</b>	внутри 3 млн ME 2 р/сут 7 дн
<b>Эритромицин</b>	внутри 500 мг 4 р/сут 7 дн

Уретрит, вызванный *Mycoplasma hominis*,  
*Ureaplasma urealyticum*

<b>Доксициклин</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 500 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Мидекамицин</b>	внутри по 400 мг 3 р/сут 7 дн

Уретрит, вызванный *Trichomonas vaginalis*

<b>Метронидазол</b>	внутри 500 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Орнидазол</b>	внутри 500 мг 2 р/сут 5 дн
<b>Секнидазол</b>	внутри 2 г однократно
<b>Тинидазол</b>	внутри 2 г однократно

у

Схемы лечения. Инфекции

# Ф

## Флегмона

### Общие принципы лечения

При тяжелом течении, прогрессировании флегмоны показана госпитализация в хирургический стационар для экстренного **оперативного** лечения.

Цель госпитализации:

- проведение комплексной терапии, направленной на предупреждение генерализации инфекции;
- радикальное оперативное вмешательство под адекватным обезболиванием;
- тщательная санация полости флегмоны.

Дренаживание послеоперационной раны перчаточной резиной или марлевым тампоном с гипертоническим раствором хлорида натрия в подобной клинической ситуации недопустимо ввиду неэффективности. Заполнение полости флегмоны растворами с антибиотиками также нерационально, поскольку быстро нарастает устойчивость к антибиотикам, а клиническая эффективность такого лечения сомнительна.

При флегмонах на плече и на голени в результате высокого внутритканевого давления в замкнутом фасциальном пространстве возможно поражение нервов вследствие сдавления. В этих случаях показана фасциотомия для декомпрессии фасциального ложа.

При флегмонах необходима экстренная операция, поэтому антимикробную терапию в первые 2–3 сут назнача-

ют эмпирически, а в последующем корректируют лечение в соответствии с данными бактериологического исследования материала из гнойного очага и чувствительности выделенных микроорганизмов к антимикробным ЛС.

### Локальный гнойный процесс

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	внутри по 625 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут или в/в по 1,2 г 3 р/сут 3-5 дн
<b>Ампициллин/ сульбактам</b>	в/в, в/м по 1,5 г 3-4 р/сут 3-5 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/в, в/м по 2 г 3-4 р/сут 3-5 дн

### Осложненное течение флегмоны

<b>Офлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 5-10 дн (после — внутри в той же дозе) +/- <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут
<b>Пефлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 5-10 дн (после — внутри в той же дозе) +/- <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут
<b>Тикарциллин/ клавуланат</b>	в/в по 3,2 г 3 р/сут 5-10 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 400 мг 2 р/сут 5-10 дн (после — внутри в 750 мг 2 р/сут) +/- <b>Метронидазол</b> по 500 мг 3 р/сут

### При неэффективности лечения и прогрессировании гнойно-воспалительного процесса

<b>Имипенем</b>	в/в 0,5 г 3 р/сут
<b>Меропенем</b>	в/в 0,5 г 3 р/сут

### При выявлении *P. aeruginosa*<sup>1</sup>

<b>Цефепим</b>	в/в 2 г 2 р/сут
<b>Цефоперазон</b>	в/в 2 г 3 р/сут +/- <b>Амикацин</b> в/в 15 мг/кг/сут
<b>Цефтазидим</b>	в/в 2 г 3 р/сут +/- <b>Амикацин</b> в/в 15 мг/кг/сут

<sup>1</sup> Присоединение к фторхинолонам аминогликозидов с учетом чувствительности или назначение антипсевдомонадных цефалоспоринов.

## Местная терапия

Тампонада послеоперационной раны с мазями на ПЭГ основе.

При процессе, вызванном аэробными грамположительными или грамотрицательными микроорганизмами:

*Диоксиколь*  
*Иодопионовая мазь 1%*  
*Левомеколь*  
*Левосин*  
*Повидон-иод мазь*

При процессе, вызванном неклостридиальной анаэробной инфекцией:

*Диоксидиновая мазь 5%*  
*Нитацид мазь*  
*Стрептоцид мазь*

Антисептики:  
*Диоксидин 1%*  
*Иодопирон 1%, иодовидон*  
*Мирамистин 0,01%*  
*Повидон-иод 1%*

При своевременном оперативном вмешательстве, дополненном адекватной общей и местной антимикробной терапией, исход заболевания благоприятный.

## Фурункулы, карбункулы

### Общие принципы лечения

Фурункул, карбункул в начальной стадии можно лечить **консервативными методами**. Путем частого туширования воспалительного процесса 5% спиртовой нас-

тойкой йода можно добиться асептического некроза «головки» фурункула.

В начальной фазе заболевания можно использовать УФО в субэритемных и эритемных дозах.

В случае формирования воспалительного процесса кожи и подкожной клетчатки целесообразны повязки с мазями на ПЭГ основе:

*Диоксиколь*  
*Иодопионовая мазь 1%*  
*Левомеколь*  
*Левосин*  
*Хинифурил мазь 0,5%*

При легком течении системная антимикробная терапия нецелесообразна. Возможно местное применение мази *Мупироцин 2%* либо мази *Банеоцин (цинк-бацитрацин + неомицина сульфат)*.

При локализации фурункула/карбункула на лице или генерализации инфекции системные антибиотики обязательны:

#### ЛС выбора

<i>Амоксициллин/клавуланат</i>	<i>в/в по 1,2 г 3 р/сут 5–7 дн</i>
<i>Ампициллин/сульбактам</i>	<i>в/в по 1,5–3 г 3–4 р/сут 5–7 дн</i>
<i>Оксациллин</i>	<i>в/в по 2 г 4 р/сут 5–7 дн</i>
<i>Цефазолин</i>	<i>в/в или в/м по 1 г 3 р/сут 5–7 дн</i>

#### Альтернативные ЛС

<i>Клиндамицин</i>	<i>в/м или внутрь по 300–600 мг 4 р/сут 5–7 дн</i>
<i>Линкомицин</i>	<i>в/в или в/в по 600 мг 3 р/сут 5–7 дн</i>



# X

## Хламидиоз урогенитальный

### Общие принципы лечения

Лечение уrogenитального хламидиоза предупреждает серьезные осложнения и инфицирование половых партнеров и новорожденных. Основное направление терапии — назначение антими­кробных препаратов, активных в отношении *C.trachomatis*.

### Лечение взрослых, подростков и детей старше 8 лет с массой тела более 45 кг

#### ЛС выбора

<b>Азитромицин</b>	внутри 1 г однократно
<b>Доксициклин</b>	внутри 0,1 г каждые 12 ч 7 дн

#### Альтернативные ЛС

<b>Кларитромицин</b>	внутри 250 мг каждые 12 ч 7 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри 200 мг каждые 12 ч 7 дн
<b>Рокситромицин</b>	внутри 150 мг каждые 12 ч 7 дн
<b>Эритромицин (основание)</b>	внутри 500 мг каждые 6 ч 7 дн
<b>Джозамицин</b>	внутри 500 мг каждые 8 ч 7 дн

## Лечение беременных

### ЛС выбора

<b>Джозамицин</b>	внутрь 500 мг каждые 8 ч 7 дн
<b>Эритромицин (этилсукцинат)</b>	внутрь 800 мг каждые 6 ч 7 дн
<b>Эритромицин</b>	внутрь 500 мг каждые 6 ч 7 дн или <b>Азитромицин</b> 1 г однократно
<b>Эритромицин (основание)</b>	250 мг каждые 6 ч 14 дн

## Лечение детей с массой тела менее 45 кг

### ЛС выбора

<b>Эритромицин</b>	внутрь 50 мг/кг (в 4 приема) 10–14 дней
--------------------	---

# Холера

## Общие принципы лечения

- восстановление объема циркулирующей крови;
- восстановление электролитного состава клеток и тканей;
- антимикробная терапия (вспомогательное лечение).

Антимикробная терапия позволяет сократить продолжительность клинических проявлений заболевания и ускорить эрадикацию вибрионов.

## Взрослые

### ЛС выбора

<i>Доксициклин</i>	<i>внутрь 0,3 г однократно</i>
<i>Норфлоксацин</i>	<i>внутрь 0,4 г 2 р/сут 3 дня</i>
<i>Ципрофлоксацин</i>	<i>внутрь 1 г однократно</i>

### Альтернативные ЛС

<i>Ко-тримоксазол</i>	<i>внутрь 0,96 г 2 р/сут 3 дня</i>
<i>Фуразолидон</i>	<i>внутрь 0,1 г 4 р/сут 3–5 дней</i>

## Дети

<i>Ко-тримоксазол</i>	<i>по 5 мг/кг (по триметоприму) 2 р/сут 3 дня</i>
-----------------------	---

Вибрионосителям проводят пятидневный курс антимикробной терапии.

X

Схемы лечения. Инфекции

## Ц

## ЦИСТИТ

## Общие принципы лечения

Лечение острого цистита основано прежде всего на приеме достаточного количества жидкости (>1,5 л/сут) и избегании половых контактов 5–7 сут. Заболевание может регрессировать спонтанно.

## Госпитальный острый цистит

Чувствительность госпитальных штаммов *E. coli* и других патогенных микроорганизмов к антибиотикам менее предсказуема, чем внебольничных штаммов, поэтому эффективность антибактериальных препаратов при остром цистите, развившемся в стационаре вследствие катетеризации мочевого пузыря или диагностических манипуляций, прогнозировать сложно.

## ЛС выбора

<b>Левифлоксацин</b>	внутри 250 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Нитрофурантоин</b>	внутри по 100 мг 4 р/сут 5–7 дн
<b>Норфлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 5–7 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 200 мг 2 р/сут 5–7 дн
<b>Фуразидин</b>	внутри по 100 мг 3 р/сут 5–7 дн

<b>Цефиксим</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 250 мг 2 р/сут 5–7 дн
<b>Гентамицин</b>	в/м 3 мг/кг 1 р/сут 5–7 дн
<b>Цефотаксим</b>	в/м по 1 г 3 р/сут 5–7 дн
<b>Цефтриаксон</b>	в/м 1 г 1 р/сут 5–7 дн

При неэффективности эмпирической терапии назначение антибиотиков следует проводить с учетом данных микробиологического исследования и чувствительности выделенного возбудителя.

## Острый цистит

### ЛС выбора

<b>Фосфомицин трометамол</b>	внутри 3 г однократно
<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри по 480 мг 2 р/сут 3 дн
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 250 мг 1 р/сут 3 дн
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 3 дн
<b>Нитрофурантоин</b>	внутри по 100 мг 4 р/сут 5 дн
<b>Норфлоксацин</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 3 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри по 200 мг 2 р/сут 5 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 250 мг 2 р/сут 5 дн
<b>Фуразидин</b>	внутри по 100 мг 3 р/сут 5 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Налидиксовая кислота</b>	внутри по 500 мг 3 р/сут 5 дн
<b>Пипемидовая кислота</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 5 дн
<b>Триметоприм</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 5 дн
<b>Цефиксим</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 5 дн

Длительные (семидневные) курсы антибиотикотерапии показаны **больным с факторами риска рецидива инфекции** (пожилой возраст, сахарный диабет) и **бере-**

**менным женщинам** (противопоказаны фторхинолоны, ко-тримоксазол, тетрациклины).

## Рецидивирующий цистит

**У женщин в постменопаузе** частота рецидивов цистита может значительно снизиться при периуретральном и интравагинальном введении на ночь эстрогенсодержащих кремов (0,5 мг/г). В течение 2 нед кремы применяют ежедневно, затем 2 р/нед на протяжении 8 мес.

### ЛС выбора

<b>Левифлоксацин</b>	внутри 250 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Ломефлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Моксифлоксацин</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 7 дн
<b>Нитрофурантоин</b>	внутри 100 мг 4 р/сут 7 дн
<b>Норфлоксацин</b>	внутри 400 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Офлоксацин</b>	внутри 200 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Фуразидин</b>	внутри 100 мг 3 р/сут 7 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 250 мг 2 р/сут 7 дн

### Альтернативные ЛС

<b>Налидиксовая кислота</b>	внутри по 500 мг 3 р/сут 7 дн
<b>Пипемидовая кислота</b>	внутри по 400 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Триметоприм</b>	внутри по 100 мг 2 р/сут 7 дн
<b>Цефаксим</b>	внутри 400 мг 1 р/сут 7 дн

Пациентам с рецидивирующими эпизодами цистита, связанными с сексуальными отношениями<sup>1</sup>

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри 480 мг однократно
-----------------------	--------------------------

<sup>1</sup> Пациентам рекомендуется опорожнение мочевого пузыря сразу после полового акта; при недостаточной эффективности — однократный прием внутрь препаратов.

Ц

<b>Левифлоксацин</b>	внутри 250 мг однократно
<b>Нитрофурантоин</b>	внутри 100 мг однократно
<b>Норфлоксацин</b>	внутри 400 мг однократно
<b>Офлоксацин</b>	внутри 200 мг однократно
<b>Триметоприм</b>	внутри 100 мг однократно
<b>Фуразидин</b>	внутри 100 мг однократно
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 250 мг однократно

**Пациентам с часто рецидивирующим циститом  
вне связи с половым актом**

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри 480 мг на ночь
<b>Левифлоксацин</b>	внутри 250 мг на ночь
<b>Нитрофурантоин</b>	внутри 100 мг на ночь
<b>Норфлоксацин</b>	внутри 200 мг на ночь
<b>Офлоксацин</b>	внутри 200 мг на ночь
<b>Триметоприм</b>	внутри 100 мг на ночь
<b>Фуразидин</b>	внутри 100 мг на ночь
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 250 мг на ночь



# Ч

## Чума

### Общие принципы лечения

#### Профилактика

Профилактика осуществляется противочумными и другими учреждениями здравоохранения и включает в себя следующие мероприятия:

- предупреждение заболеваний людей в природных очагах;
- предупреждение заболеваний лиц, работающих с заразным материалом;
- предупреждение завоза чумы на территорию страны из-за рубежа. Мероприятия по предупреждению завоза чумы из-за рубежа предусмотрены «Международными санитарными правилами».

#### Экстренная профилактика

<b>Доксициклин</b>	<i>внутрь 0,1 г 2 р/сут 7 дн</i>
<b>Тетрациклин</b>	<i>внутрь 0,5 г 2 р/сут 7 дн</i>
<b>Стрептомицин<sup>1</sup></b>	<i>в/м 0,5 г 2 р/сут 7 дн</i>

<sup>1</sup> При непереносимости тетрациклина.

### Профилактическая вакцинация

<b>Живая</b>	п/к в область дельтовидной мышцы по 0,1 мл
<b>сухая вакцина</b>	

### Этиотропная терапия

При подозрении на чуму необходимо начинать как можно раньше, не дожидаясь бактериологического подтверждения диагноза. Это особенно важно при легочной форме чумы, когда больного можно спасти при условии, что антибактериальную терапию начинают в первые 15 часов болезни.

#### ЛС выбора

<b>Гентамицин</b>	в/в или в/м по 5 мг/кг/сут в 2–3 введения в сочетании с <b>Ампициллином</b> по 1 г 4–6 р/сут 7–10 дн
<b>Стрептомицин</b>	в/в или в/м по 1 г 3 р/сут (при бубонной форме — 3 г/сут, при легочных и септических формах до 4–5 г/сут) 7–10 дн

#### Альтернативные ЛС

<b>Доксициклин</b>	внутри по 0,1 г 2 р/сут (в 1-е три дня), затем 0,1 г 1 р/сут в последующие дни, 7–10 дн
<b>Тетрациклин</b>	внутри 0,5–1,0 г 4 р/сут (максимум 6 г/сут) 7–10 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри по 0,5 г 2 р/сут 7–10 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 0,4 г 2 р/сут 7–10 дн

#### При появлении симптомов менингита

<b>Хлорамфеникол</b>	в/в 12,5–25 мг/кг 4 р/сут
----------------------	---------------------------

#### При снижении температуры тела и улучшении самочувствия

<b>Стрептомицин</b>	снизить до 2 г/сут
<b>Тетрациклин</b>	снизить до 2 г/сут
<b>Хлорамфеникол</b>	снизить до 3 г/сут

## Ш

## Шигеллез

## Общие принципы лечения

Лечение больных дизентерией комплексное и строго индивидуализированное в зависимости от:

- нозологической и клинической формы (варианта);
- тяжести и периода болезни;
- наличия осложнений и сопутствующих заболеваний (в том числе глистных и протозойных инвазий);
- индивидуальных особенностей больного (например, переносимости отдельных ЛС).

Выбор антимикробных средств проводится с учетом возбудителя конкретного клинического варианта, тяжести и периода болезни.

## Взрослые

## ЛС выбора

<b>Норфлоксацин</b>	внутри 0,4 г 2 р/сут 3–5 дней
<b>Офлоксацин</b>	внутри 0,4 г 2 р/сут 3–5 дней
<b>Ципрофлоксацин</b>	внутри 0,5 г 2 р/сут 3–5 дней

## Альтернативные ЛС

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри 0,96 г 2 р/сут 3–5 дней
<b>Нифуроксазид</b>	внутри 0,2 г 4 р/сут 3–5 дней

## Дети

### ЛС выбора

<b>Ко-тримоксазол</b>	внутри 5 мг/кг (по триметоприму) 2 р/сут 3 дня (если возбудитель чувствителен)
<b>Налидиксовая кислота</b>	внутри 55 мг/кг/сут 5 дней
<b>Нифуроксазид</b>	внутри 0,2 г 4 р/сут 3 дня
<b>Цефтриаксон</b>	внутри в/в или в/м 0,25–0,5 г/сут 3–5 дней

Э

## Эндокардит инфекционный

### Общие принципы лечения

Для лечения эндокардита применяют бактерицидные антибиотики в высоких дозах на протяжении длительного времени.

Выделенные у больных возбудители эндокардита рекомендуют хранить в течение нескольких месяцев для того, чтобы в случае низкой эффективности стартовой антимикробной терапии или развития осложнений можно было бы определить чувствительность к более широкому спектру антибактериальных ЛС.

- При тяжелом состоянии пациента требуется срочное эмпирическое назначение антибиотиков до получения результатов бактериологического исследования. Антимикробную терапию начинают после 3 повторных заборов крови (в течение 1 ч).
- При подостром, хроническом течении или нехарактерной клинической картине рекомендуют этиотропную антибактериальную терапию. Лечение может быть отсрочено на 24–48 ч (до получения результатов микробиологического исследования).
- Ниже представлены схемы фармакотерапии эндокардита взрослых больных с нормальной функцией почек.

## Этиотропная фармакотерапия

### Группа *S. viridans*, *S. bovis*

МПК пенициллина < 0,2 мкг/мл

При высокой чувствительности зеленящих стрептококков

Пенициллин	в/в по 2–3 млн ЕД 6 р/сут 4 нед
Цефтриаксон	в/в или в/м 2 г 1 р/сут 4 нед

Однократное введение в сутки позволяет использовать цефтриаксон в амбулаторной практике. Двухнедельный курс комбинации цефтриаксона с нетилмицином внутривенно 1 раз в сутки в клинических исследованиях был равен по эффективности двухнедельному курсу пенициллина и гентамицина.

**При высокой чувствительности стрептококков, продолжительности заболевания более трех месяцев или наличии осложнений** пациентам без противопоказаний к применению аминогликозидов (относительное противопоказание — пожилой возраст, когда повышен риск почечной недостаточности, слуховых или вестибулярных расстройств).

<b>Бензилпенициллин</b>	в/в по 2–3 млн ЕД 6 р/сут 2 недели + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут, затем 2 нед только <b>Пенициллин</b>
-------------------------	---

**При неосложненном эндокардите, высокой чувствительности возбудителя** пациентам без факторов риска токсических эффектов (противопоказания — шок, внутрисердечные абсцессы, внесердечные очаги инфекции и длительность заболевания более 3 мес)

<b>Бензилпенициллин</b>	в/в по 2–3 млн ЕД 6 р/сут 2 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 2 нед
-------------------------	--

**МПК пенициллина 0,2–1 мкг/мл**

<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 4 нед
<b>Бензилпенициллин</b>	в/в по 3–4 млн ЕД 6 р/сут 4 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 4 нед

**МПК пенициллина 1 мкг/мл и выше**

<b>Ампициллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1–1,5 мг/кг 3 р/сут 4–6 нед
<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1–1,5 мг/кг 3 р/сут 4–6 нед
<b>Бензилпенициллин</b>	в/в по 4–5 млн ЕД 6 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1–1,5 мг/кг 3 р/сут 4–6 нед

***E. faecalis*, чувствительный к ампициллину/пенициллину**

В случае позднего начала лечения (более 3 недель) проводят 6-недельный курс лечения (пациентам со сниженной функцией почек необходима коррекция доз)

<b>Ампициллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут 4–6 нед
<b>Бензилпенициллин</b>	в/в по 4–5 млн ЕД 6 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 3 мг/кг 3 р/сут 4–6 нед

***E. faecalis*, устойчивый к ампициллину**

<b>Ванкомицин</b>	по 1 г 2 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1–1,5 мг/кг 3 р/сут 4–6 нед
-------------------	--

**Высок риск нефротоксичности: необходим мониторинг концентрации ЛС в крови и мониторинг функции почек.**

***E. faecalis, E. faecium*,  
резистентные к пенициллину/ампициллину,  
аминогликозидам, ванкомицину**

<b>Линезолид</b>	в/в 600 мг 2 р/сут 4–6 нед
------------------	----------------------------

Э

***S. aureus*, коагулазонегативные стафилококки****Оксациллинчувствительный *S. aureus***

<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут 4 нед
<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 3–5 дн, затем до 4–6 нед только <b>Оксациллин</b>
<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 3 р/сут + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 3–5 дн, затем до 4–6 нед только <b>Цефазолин</b>

Имеющиеся данные об укорочении периода бактериемии и степени разрушения клапанов при сочетанном применении бета-лактамов и аминогликозидов не подтверждены в клинических исследованиях.

**Оксациллинрезистентный *S. Aureus***

<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 4–6 нед
<b>Линезолид</b>	в/в по 600 мг 2 р/сут 4–6 нед

**HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*, *H. aphrophilus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*, *Kingella*)**

<b>Цефтриаксон</b>	в/в или в/м 2 г 1 р/сут 4 нед
<b>Ампициллин/сульбактам</b>	в/в по 3 г 4 р/сут 4 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 4 нед

***Pseudomonas aeruginosa***

<b>Цефепим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 6 нед + <b>Амикацин</b> в/в по 15 мг/кг/сут или <b>Тобрамицин</b> в/в 5–8 мг/кг/сут
<b>Цефтазидим</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 6 нед + <b>Амикацин</b> в/в по 15 мг/кг/сут или <b>Тобрамицин</b> в/в 5–8 мг/кг/сут
<b>Меропенем</b>	в/в по 1 г 3 р/сут 4–6 нед + <b>Амикацин</b> в/в по 15 мг/кг/сут



## Эндокардит, вызванный грибами

При грибковых эндокардитах в большинстве случаев показано раннее хирургическое лечение.

### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 0,5 мг/кг 1 р/сут 14 дн, затем <b>Флуконазол</b> внутрь 400 мг 14 дн
----------------------	--

### Альтернативные ЛС

<b>Флуконазол</b>	в/в 400 мг 1 р/сут 7 дн, затем <b>Флуконазол</b> внутрь 400 мг 14 дн
-------------------	--

Общая продолжительность лечения зависит от динамики эхокардиографических данных и повторных исследований гемокультуры.

## Эмпирическая терапия

### Острый инфекционный эндокардит

<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут или <b>Цефазолин</b> в/в по 2 г 3 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 3–5 дн
-------------------	---

При подозрении на острый бактериальный эндокардит, вызванный резистентными стафилококками или энтерококками

<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 3–5 дн
<b>Рифампицин<sup>1</sup></b>	в/в по 300–450 мг 2 р/сут 4–6 нед

<sup>1</sup> Больным с высоким риском нефротоксического эффекта вместо ванкомицина.

### Подострый инфекционный эндокардит (нативный клапан)

<b>Ампициллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут 4 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 4 нед
-------------------	---

При нормализации температуры в течение недели после начала антимикробной терапии лечение следует продолжить в течение четырех недель. При неэффективности лечения и/или сомнения в диагнозе необходимо обсудить показания к хирургическому лечению.

### Подострый инфекционный эндокардит трикуспидального клапана (у внутривенных наркоманов)

#### ЛС выбора

<b>Оксациллин</b>	в/в по 2 г 6 р/сут 2–4 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 2–4 нед
-------------------	---

#### Альтернативные ЛС

<b>Цефазолин</b>	в/в по 2 г 3 р/сут 2–4 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 2–4 нед
<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 4 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 4 нед
<b>Линезолид</b>	в/в или внутрь по 0,6 г 2 р/сут 4 нед

### Инфекционный эндокардит искусственного клапана

<b>Ванкомицин</b>	в/в по 1 г 2 р/сут 4–6 нед + <b>Гентамицин</b> в/в по 1 мг/кг 3 р/сут 4–6 нед + <b>Рифампицин</b> в/в или внутрь по 0,3–0,45 г 2 р/сут 4–6 нед
-------------------	--

## Эндокардит, перикардит и флебит кандидозный

### Общие принципы лечения

Необходимы: раннее хирургическое удаление инфицированных клапанов сердца, резекция пораженных участков периферических вен и перикарда. При невозможности удаления пораженных клапанов необходима пожизненная профилактика рецидива флуконазолом по 3 мг/кг/сут. После завершения лечения показано наблюдение за пациентами как минимум в течение одного года.

#### ЛС выбора

<b>Амфотерицин В</b>	в/в 1–1,5 мг/кг/сут не менее 6 нед после хирургического лечения
<b>Амфотерицин В липосомальный</b>	в/в 3–5 мг/кг/сут 2–6 мес
<b>Вориконазол</b>	в/в 6 мг/кг в 1-е сут, затем по 4 мг/кг или перорально по 200 мг/сут (масса тела < 40 кг) или 400 мг/сут (масса тела > 40 кг)
<b>Каспофунгин</b>	в/в по 70 мг в 1-е сут, затем по 50 мг/сут
<b>Флуконазол</b>	в/в 10–12 мг/кг/сут 2–6 мес

## Эндометрит послеродовый

### Общие принципы лечения

На первом этапе лечения необходимо назначение схем антибактериальной терапии широкого спектра с охватом

всех потенциальных возбудителей (аэробные бактерии — стафилококки, стрептококки, энтерококки, энтеробактерии, анаэробные бактерии — пептострептококки, бактероиды, фузобактерии). Антимикробная терапия считается эффективной, если основные симптомы заболевания исчезают в течение 2–3 суток. Обычная продолжительность антибактериальной терапии составляет 7–10 дней.

### ЛС выбора

<b>Амоксициллин/ клавуланат</b>	по 1,2 г 3–4 р/сут
<b>Ампициллин/ сульбактам<sup>1</sup></b>	в/в по 1,5–3,0 г 4 р/сут
<b>Цефтриаксон</b>	в/в 2,0 г 1 р/сут или <b>Цефотаксим</b> в/в по 2,0 г 3 р/сут + <b>Метронидазол</b> в/в по 500 мг 3 р/сут

## Эндофтальмиты

### Общие принципы лечения

#### Местная и системная антимикробная терапия

<b>Амикацин</b>	субконъюнктивально (парабульбарно) 20 мг 1 р/сут 14–21 дн
<b>Ванкомицин<sup>2</sup></b>	субконъюнктивально (парабульбарно) 25 мг 1 р/сут 14–21 дн
<b>Тобрамицин</b>	субконъюнктивально (парабульбарно) 20 мг 1 р/сут 14–21 дн
<b>Цефтазидим</b>	субконъюнктивально (парабульбарно) 100 мг 1 р/сут 14–21 дн

<sup>1</sup> Ампициллин/сульбактам — при улучшении состояния больного возможен переход на в/м введение.

<sup>2</sup> Целесообразно сочетание ванкомицина с аминогликозидом или цефтазидимом (каждое ЛС в отдельном шприце).

**ЛС выбора**

<b>Амикацин</b>	интравитреально 0,4 мг
<b>Ванкомицин<sup>1</sup></b>	интравитреально 1 мг в 0,1 мл
<b>Цефтазидим</b>	интравитреально 2,25 мг в 0,1 мл

## Эризипеллоид

### Общие принципы лечения

Прежде всего, необходима защита рук от профессиональных травм, особенно при обработке рыбы, мяса.

Рану необходимо обработать 3% раствором перекиси водорода, а затем наложить повязку с 1% раствором повидон-иода (1% иодопирон, иодовидон). Имобилизация конечности по показаниям.

В начальной фазе заболевания показано УФО в субэритемных и эритемных дозах.

При развитии гнойного процесса, лимфангита накладывают на всю пораженную конечность повязку с мазями на ПЭГ основе:

*Диоксиколь*  
*Иодопирионовая мазь 1%*  
*Левомеколь*  
*Левосин*

При своевременном лечении прогноз благоприятный.

**ЛС выбора**

<b>Бензилпенициллин</b>	в/м по 1 млн ЕД 4 р/сут 10 дн
-------------------------	-------------------------------

<sup>1</sup> Целесообразно сочетание ванкомицина с аминогликозидом или цефтазидимом (каждый препарат в отдельном шприце).

Э

### Альтернативные ЛС

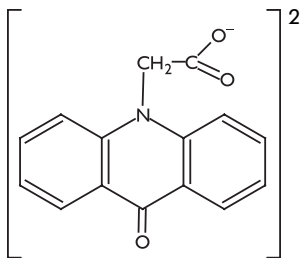
<b>Имипенем</b>	в/в по 0,5 г 3 р/сут 10 дн
<b>Клиндамицин</b>	в/в по 450–600 мг 3 р/сут 10 дн
<b>Меропенем</b>	в/в по 0,5 г 3 р/сут 10 дн
<b>Цефазолин</b>	в/в по 1 г 3 р/сут 10 дн
<b>Ципрофлоксацин</b>	в/в по 200 мг 2 р/сут 10 дн

### При развитии эндокардита

<b>Бензилпенициллин</b>	в/в по 3 млн ЕД 6 р/сут 3–4 нед
-------------------------	---------------------------------

## Реферативный обзор

### ❖ Место циклоферона в клинической практике<sup>1</sup>



РН№ 001049/03-2002

РН№ 001049/02-2002

Лицензия № 64/0139-Л/03

$\text{CH}_3\text{—N}^+\text{H}_2\text{—CH}_2\text{—(СНОН)}_4\text{—CH}_2\text{ОН}$   
**МЕТИЛГЛЮКАМИНА АКРИДОНАЦЕТАТ**

<sup>1</sup> М.Г. Романцов — доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургской Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.

<sup>2</sup> Разработчик и производитель препаратов циклоферона – научно-технологическая фармацевтическая фирма «ПОЛИСАН», Санкт-Петербург.

### Циклоферон

Достоинство препаратов циклоферона — их полифункциональность — сочетание широкого спектра биологических эффектов [циклоферон — как индуктор интерферона (стимуляция гена  $\alpha/\beta$ -интерферона, обеспечивает специфичность действия препарата как индуктора I типа); циклоферон — как регулятор цитокинов и стимулятор образования дефектных частиц (ДИ-частиц)], обеспечивая противовирусное, иммунокорректирующее, противовоспалительное действие].

Препарат рекомендован для лечения и профилактики вирусных инфекций и заболеваний с нарушениями в системе иммунитета.

### Вирусные гепатиты

В терапии хронического гепатита применяются противовирусные препараты, нуклеозиды и ингибиторы протеаз, оказывая временный эффект. В этой связи оправдано применение циклоферона в комбинированной терапии хронического гепатита. Его включение позволяет увеличить вирусологический ответ на терапию с уменьшением побочных эффектов.

В терапии хронического гепатита С с реалдирином (в стандартных дозах), циклофероном (по 500 мг по базовой схеме), рибавирином (ежедневно по 800 мг/сут) полный ответ получен у 74%, стойкий — у 60% больных с минимальным количеством побочных эффектов.

### Схема комбинированной терапии хронического гепатита С:

#### *Последовательное применение*

Альфа-ИФН — 3 млн МЕ на введение п/к 3 раза в неделю, длительность 2 нед, затем ЦИКЛОФЕРОН по

600 мг/сут, внутрь на 1-е, 2-е, 4-е, 6-е, 8-е, 11-е, 14-е, 17-е, 20-е, 23-и сут, затем 1 раз в 5 дн – длительность 12 нед (2—4 последовательных курса).

*Сочетанное применение*

Альфа-ИФН 3 млн МЕ на введение п/к 3 р/нед, длительность 12 месяцев.

ЦИКЛОФЕРОН 600 мг/сут внутрь 2 р/нед, длительность 12 месяцев.

**Хронический гепатит С у детей**

Эффективность циклоферона в комбинации с интроном А колебалась у 94–72% больных по критерию первичной ремиссии, и у 40–54% по критерию стабильной ремиссии. Схемы введения препаратов: 12,5% раствор циклоферона (10 мг/кг массы) 1 р/сут с интервалом 48–72 часа, курсом 30 инъекций; таблетки назначаются 3 р/нед в течение 4 месяцев в дозах: детям до 7 лет — по 1 таблетке (150 мг); от 8 до 12 лет — по 300 мг; старше 12 лет — по 450 мг.

**Эффективность терапии хронического гепатита В**

Эффективность комбинированной терапии с включением циклоферона отмечена у 47–61% больных; стабильная ремиссия наблюдалась у 38–55,4%, полная у 29–44% детей. Рецидив отмечен у 5,6–18,2% больных.

Сочетание с ламивудином обеспечивало эффект у 84–52% пациентов.

Циклоферон в комбинации с вифероном у детей, инфицированных на первом году жизни, способствует уменьшению (на 10–20%) хронизации процесса и установлению ремиссии в 44% при ХГВ и в 21,7% при ХГС.



### Туберкулезная инфекция

Способность возбудителя противостоять действию химиопрепаратов оправдывает целесообразность применения иммуотропных лекарственных средств.

**Циклоферон назначался в комплексной терапии по 600 мг в 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 8-й, 11-й, 14-й, 17-й, 20-й, 23-й дни и далее три раза в неделю на протяжении 2 месяцев.** У получавших циклоферон, наблюдалась ранняя ликвидация интоксикации, абациллирование и закрытие полостей распада. Рентгенологически формирование остаточных изменений происходило в виде фиброза, а у пациентов, не получавших препарат формировалась туберкулома. Наблюдалось улучшение функции печени, минимизация рентгенологических проявлений, нормализация иммунных нарушений.

### Хирургическая инфекция

К причинам, влияющим на инфекционные осложнения, относят нарушения в системе иммунитета. Циклоферон, с целью профилактики осложнений, снижает (в два раза) раневые и системные осложнения в послеоперационном периоде и повторные оперативные вмешательства.

Применение циклоферона — препарат вводится в первые сутки от оперативного вмешательства по 4 мл (500 мг) ежедневно один раз в сутки в течение 10–14 дней.

### Профилактика инфекционных осложнений при остром нарушении мозгового кровообращения

Для профилактики инфекционных осложнений обоснованным является применение иммуотропных препаратов. Применение циклоферона (в пер-

вые 24–36 часов от момента развития заболевания) обеспечило: снижение на 30% вторичных гнойно-септических осложнений в 2,5–3,6 раза на фоне нормализации иммунологических показателей.

#### *Схемы применения циклоферона*

При стабильном состоянии больных 4 таблетки циклоферона (600 мг), 1 р/сут, за 30–60 минут до еды, с 1-го по 21-й день заболевания.

При тяжелом течении инсульта раствор циклоферона 12,5% по 4,0 мл, в/в, через день, на курс 10 инъекций.

#### **Герпетическая инфекция**

Применение противовирусных препаратов снижает эффект за счет образования резистентных штаммов герпесвирусов. Поэтому предпочтительно использовать сочетание нуклеозидов, цитокинов и циклоферона.

Эффективность применения циклоферона — 84,4%, а ацикловира — 66,6%. Клинический эффект проявляется с 4–5-го дня терапии. Отсутствие обострений наблюдается у 82,4% и сохраняется в течение 7–8 месяцев. Снижение частоты обострений отмечено у 62,0% получавших циклоферон с ацикловиром; в монотерапии циклофероном у 68,0%, в монотерапии ацикловиром у 50,0%.

Схема терапии: применение таблеток циклоферона 1 р/сут на 1-е, 2-е, 4-е, 6-е, 8-е, 11-е, 14-е, 17-е сутки и ежедневно по 1 таблетке ацикловира 5 р/дн (8–10 дн).

Целесообразно использовать противогерпетическую вакцину в сочетании с циклофероном. Рецидив установлен у 17,6% больных, против 40% пациентов, получавших вакцину. Длительность ремиссии

увеличилась в 3,5–5 раз, а у пролеченных вакциной — в 2,5 раза.

**Схема применения циклоферона** — 4 таблетки (600 мг) 1 р/дн в течение недели с месячным перерывом. Необходимо 2–4 курса в год.

### **Нейроинфекции**

Снижение в 9 раз частоты осложнений (2,2 против 21,4%), сокращение длительности госпитализации на 4,9 дня, санация спинномозговой жидкости к 40-му дню (64 против 120 клеток в 1 мкл спинномозговой жидкости).

**Схема 1.** На фоне базовой терапии вводится 250 мг 12,5% раствора циклоферона в/м на 1-е, 2-е, 4-е, 6-е, 8-е, 11-е, 14-е, 17-е сутки терапии.

**Схема 2.** Применение циклоферона по схеме 1 на фоне терапии виролексом (в/в по 250–500–750 мг 3 р/сут в течение 5–7 дней).

### **Применение циклоферона при смешанных урогенитальных инфекциях**

**Схема 1.** Одновременное применение раствора циклоферона по 2 мл (250 мг) в/м через сутки (5 инъекций) и доксицилина (0,3 г в сутки, длительность приема 10 дней).

**Схема 2.** См. схему 1 + прием зовиракса по 0,2 г 5 р/сут (10 дней).

**Схема 3.** Интерферон-альфа по 2 млн МЕ (курсовая доза 20 млн МЕ) в сочетании с зовираксом и циклофероном по схеме 2.

Циклоферон по 250 мг (2 мл) в/м через сутки 5 инъекций с одновременным назначением доксицик-

лина (100 мг 3 р/сут) или рулида (150 мг 2 р/сут) в течение 10 дней.

### Респираторные заболевания и грипп

Эпидемиологическая эффективность применения препарата составила: по индексу эффективности — 2,9 (от 2,4 до 3,4), по показателю защиты — 62,8 (от 58,5 до 67,15), со снижением заболеваемости в 2,9 раза.

### Рекомендуемая литература

1. Герпетическая инфекция: вопросы патогенеза, методические подходы к терапии / Под ред. Ф.И. Ершова, М.Г. Романцова. — СПб., 1997.
2. *Горячева Л.Г.* Лечение детей, больных вирусным гепатитом В // Вестник Санкт-Петербургской Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. — 2002. — № 1–2.
3. *Исаков В.А.* Современная терапия герпесвирусных инфекций. — СПб.; М., 2004.
4. *Тихомирова О.В.* Ротавирусная инфекция у детей. — СПб., 2005.
5. *Радченко В.Г.* Оптимизация этиопатогенетической терапии хронического гепатита С. — СПб., 2004.
6. *Романцов М.Г.* Респираторные заболевания. — М., 2003.

# Алфавитный указатель

Аборт. Инфекционные осложнения.....	17
Абсцесс мозга бактериальный .....	19
Абсцесс печени амебный .....	23
Абсцесс печени (бактериальной этиологии).....	72
Абсцессы .....	18
Амебиаз.....	22
Амебиаз кишечный инвазивный .....	23
Антифунгальная профилактика.....	114
Аппендицит острый (без перитонита).....	73
Артрит гонококковый.....	24
Артрит инфекционный .....	24
Артрит инфекционный хронический .....	25
Артрит кандидозный .....	26
Артрит негонококковый (гнойный).....	25
Аскаридоз .....	54
Аспергиллез аллергический бронхолегочный .....	27
Аспергиллез головного мозга инвазивный.....	28
Аспергиллез инвазивный .....	27
Аспергиллез легких хронический некротизирующий.....	31
Аспергиллез легких, придаточных пазух носа инвазивный .....	28
Аспергиллома .....	31
<b>Б</b> ессимптомная кандидурия у пациентов без факторов риска развития острого диссеминированного кандидоза .....	119
Блефарит демодекозный.....	33
Блефарит язвенный .....	34
Блефариты .....	33
Бронхиальная инфекция хроническая (тяжелый хронический бронхит) .....	39
Бронхит острый .....	35
Бронхит хронический осложненный .....	37

Бронхит хронический простой.....	38
Бронхит хронический.	
Обострение хронического бронхита .....	36
Бруцеллез.....	42
Бурсит инфекционный.....	44

<b>Вагиноз</b> бактериальный.....	97
Воспалительные заболевания органов малого таза.....	45
Вульвовагинальная инфекция .....	97
Вульвовагинит кандидозный.....	47
Вульвовагинит кандидозный .....	98
Вульвовагинит кандидозный острый и хронический рецидивирующий	
кандидозный вульвовагинит в период обострения.....	48
Вульвовагинит кандидозный острый у беременных.....	49
Вульвовагинит трихомонадный.....	100

<b>Г</b> еликобактериальная инфекция (заболевания, вызываемые <i>Helicobacter pylori</i> ).....	51
Гельминтозы.....	54
Гепатит А острый вирусный.....	58
Гепатит В острый вирусный.....	59
Гепатит В хронический.....	59
Гепатит В + D острый вирусный.....	61
Гепатит С острый вирусный .....	60
Гепатит С хронический .....	61
Гепатит D хронический .....	61
Гепатит Е острый вирусный.....	62
Гепатиты вирусные .....	58
Гидраденит.....	62
Гнойные раны мягких тканей послеоперационные.....	91
Гнойные раны мягких тканей посттравматические .....	94
Гонококковая инфекция .....	101
Гонококковая инфекция глаз.....	103
Гонорея аноректальная.....	101
Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений.....	102

Гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, гонорея органов малого таза и других мочеполовых органов, диссеминированная гонококковая инфекция.....	102
Грипп и другие ОРВИ .....	64

<b>Д</b> иарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения .....	69
Дивертикулит толстой кишки, требующий оперативного вмешательства .....	74
Дифиллоботриоз .....	55
Дифтерия .....	70

<b>И</b> нфекции абдоминальные хирургические .....	71
Инфекции абдоминальные хирургические, неосложненные ....	72
Инфекции абдоминальные хирургические, осложненные .....	81
Инфекции герпетические .....	86
Инфекции раневые .....	89
Инфекции, связанные с катетеризацией сосудов (ИСКС) .....	95
Инфекционные заболевания наружных половых органов и влагалища (вульвовагинальная инфекция) .....	97
Инфекция, вызванная оксациллинорезистентными стафилококками .....	150

<b>К</b> андидемия и острый диссеминированный кандидоз .....	111
Кандидоз инвазивный .....	113
Кандидоз кожи .....	117
Кандидоз кожи и слизистых оболочек хронический .....	118
Кандидоз мочевыводящих путей .....	118
Кандидоз пищевода .....	119
Кандидоз полости рта .....	120
Кандидоз хронический диссеминированный (гепатолиенальный) .....	122
Кератит бактериальный .....	123
Кератит герпетический .....	125
Кератиты грибковые (кератомикозы) .....	126
Конъюнктивит хламидийный взрослых (паратрахома) .....	131
Конъюнктивит хламидийный новорожденных .....	132



Конъюнктивит эпидемический хламидийный .....	132
Конъюнктивиты бактериальные.....	127
Конъюнктивиты вирусные.....	129
Конъюнктивиты хламидийные.....	131
Криптококкоз.....	133
Криптококкоз внелегочный, неменингеальный .....	133
<b>Л</b> ейшманиоз висцеральный.....	137
Лептоспироз.....	137
Лимфаденит.....	138
Лимфангит.....	139
Липома нагноившаяся.....	140
Листерия.....	141
Лишай отрубевидный.....	142
Лямблиоз.....	142
<b>М</b> алярия.....	145
Мастит .....	149
Мастит. Абсцедирующая форма.....	149
Мастит. Серозная и инфильтративная формы .....	150
Менингит бактериальный .....	151
Менингит кандидозный.....	161
Менингит криптококковый.....	134
Менингиты вирусные.....	162
Менингококковая инфекция.....	105
Менингоэнцефалиты вирусные.....	163
Микоз волосистой части головы.....	164
Микоз гладкой кожи, кистей и стоп.....	165
<b>Н</b> ейросифилис.....	225
<b>О</b> нихомикоз.....	167
Онихомикоз кандидозный .....	168
Остеомиелит .....	169
Остеомиелит вторичный у пациентов без сосудистых поражений .....	169
Остеомиелит вторичный у пациентов с поражениями сосудов.....	170



Остеомиелит гематогенный (включая остеомиелит позвоночника).....	170
Остеомиелит кандидозный.....	172
Остеомиелит хронический.....	172
Острый конъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой.....	128
Отит наружный.....	173
Отит наружный диффузный .....	173
Отит наружный ограниченный .....	174
Отит острый средний.....	175

<b>П</b> анариций.....	179
Панкреонекроза стерильные и инфицированные формы, панкреатогенный абсцесс.....	81
Парапроктит.....	180
Паратифы А и В.....	182
Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс.....	182
Паронихия кандидозная.....	184
Перитонит кандидозный.....	184
Перитонит/абсцесс распространенный.....	83
Пиелонефрит госпитальный.....	189
Пиелонефрит острый гнойный.....	185
Пиелонефрит хронический.....	186
Пиелонефрит, развившийся в отделении интенсивной терапии.....	190
Пиелонефрита хронического внебольничное обострение (госпитализированные больные, тяжелое течение).....	189
Пиелонефрита хронического внебольничное обострение (амбулаторные больные).....	188
Пневмония аспирационная.....	199
Пневмония в ОРИТ на фоне искусственной вентиляции легких или риск <i>P. aeruginosa</i> .....	200
Пневмония вне ОРИТ у пациентов, не получавших антибиотики.....	201
Пневмония вне ОРИТ у пациентов, получавших антибиотики.....	202
Пневмония внебольничная.....	191
Пневмония внебольничная у беременных.....	194

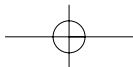
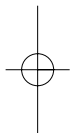
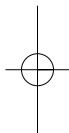
Пневмония вторичная вследствие гематогенной диссеминации.....	203
Пневмония госпитальная.....	198
Пневмония кандидозная.....	202
Пневмония криптококковая.....	135
Пневмония нетяжелая.....	194
Пневмония нетяжелая у пациентов до 65 лет без сопутствующих заболеваний.....	192
Пневмония нетяжелая у пациентов старше 65 лет и/или с сопутствующими заболеваниями.....	193
Пневмония осложненная внебольничная (деструкция, абсцедирование, эмпиема).....	195
Пневмония первичная кандидозная.....	202
Пневмония тяжелая.....	197
Пневмоцистоз.....	203
Повреждение толстой кишки.....	75
Пролежни.....	204
Простатит бактериальный.....	207
Простатит острый бактериальный.....	208
Простатит хронический бактериальный.....	209
Протезированного сустава инфекция.....	106

<b>Р</b> анения брюшной полости проникающие (в первые 12 часов после травмы).....	76
Ретинит, эндофтальмит кандидозный.....	211
Рожа.....	211
Рожа неосложненная.....	212
Рожа тяжелая или осложненная.....	212

<b>С</b> ибирская язва.....	215
Сибирской язвы ингаляционная форма (спорадические случаи).....	215
Сибирской язвы кожная форма (спорадические случаи).....	216
Сибирской язвы легочная форма (массовое заражение).....	217
Синусит.....	218
Синусит острый.....	221
Синусита хронического обострение.....	220
Сифилис.....	222

Сифилис висцеральный .....	225
Сифилис вторичный	
и ранний скрытый .....	223
Сифилис первичный .....	222
Сифилис третичный и скрытый поздний .....	223
<b>Т</b> иф брюшной .....	233
Тонзиллит и фарингит.....	234
Тонзиллит/фарингит острый стрептококковый (БГСА) .....	234
Тонзиллит/фарингит рецидивирующий .....	236
Трихинеллез.....	56
Трихомонадная инфекция рецидивирующая.....	237
Трихомониаз уrogenитальный .....	237
Туляремия.....	238
<b>У</b> кусы, инфекционные осложнения .....	239
Уретрит .....	240
Уретрит герпетический .....	240
Уретрит гонорейный .....	241
Уретрит кандидозный .....	241
Уретрит негонококковый, эмпирическая терапия.....	242
Уретрит хламидийный .....	242
<b>Ф</b> арингит гонококковый .....	103
Флегмона.....	245
Фурункулы, карбункулы .....	247
<b>Х</b> ламидиоз уrogenитальный.....	249
Холера .....	250
Холецистит/холангит острый .....	76
Хронического пиелонефрита обострения у беременных .....	190
<b>Ц</b> истит.....	253
Цистит острый .....	254
Цистит острый госпитальный.....	253
Цистит рецидивирующий .....	255
Цистоносительство .....	23
Цитомегаловирусная инфекция .....	107

<i>Ч</i> ума.....	257
<i>Ш</i> игеллез.....	259
<i>Э</i> ндокардит инфекционный.....	261
Эндокардит, перикардит и флебит кандидозный.....	267
Эндометрит послеродовый.....	267
Эндофталмиты.....	268
Энтеробиоз.....	57
Энтеровирусная инфекция (ЭВ).....	162
Эпидемический паротит (ЭП).....	163
Эризипеллоид.....	269
<i>Я</i> зва роговицы, вызванная бактериальной синегнойной палочкой.....	123
Язва роговицы, вызванная гонококком.....	123
Язва роговицы, вызванная стафилококком.....	124
Язвы прободные гастроуденальные (в первые 6 часов после прободения).....	77



Для заметок

## Серия

### «Терапевтические справочники»

- ✓ Необходимый объем информации.
- ✓ Все наиболее распространенные во врачебной практике заболевания.
- ✓ Последние достижения медицины с учетом опыта зарубежных и российских экспертов, а также рекомендации специалистов и врачей общей практики.
- ✓ Все рекомендации — объективный взгляд со стороны, который может помочь при принятии решения в выборе схемы лечения.
- ✓ Каждый раздел книги посвящен отдельному заболеванию и построен по удобной для работы врача структуре.
- ✓ Переиздание каждые 2—3 года, поэтому информация постоянно обновляется.
- ✓ Небольшой «карманный» формат.

#### Вышли в 2004 г.

##### **Боль и аналгезия**

Справочник практикующего врача / М. Mashford  
Редакторы перевода: академик РАМН А.А. Бунятян,  
чл.-корр. РАМН Е.Л. Насонов, д.м.н. В.В. Никола

##### **Неврология**

Справочник практикующего врача / JWG. Tiller  
Редактор перевода: проф. В.И. Скворцова

##### **Заболевания органов дыхания**

Справочник практикующего врача / С. Alderman  
Редакторы перевода: академик РАМН А.Г. Чучалин,  
проф. А.С. Белевский

##### **Психотропные средства**

Справочник практикующего врача / F. Vochner  
Редактор перевода: проф. Ю.А. Александровский

#### Вышли в 2005 г.

##### **Дерматология**

Справочник практикующего врача / ML. Mashford  
Редактор перевода: проф. Н.Н. Потекаев

##### **Эндокринология**

Справочник практикующего врача / G. Shenfield  
Редактор перевода: проф. Г.А. Мельниченко

Справочники подготовлены на основе серии  
"Therapeutical Guidelines" (Австралия), издаваемой уже более  
20 лет и получившей высокую оценку  
Всемирной Организации Здравоохранения.

Книги переведены на русский язык и адаптированы под редакцией ведущих  
российских специалистов.



## **СЕРИЯ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ»**

### **Вышли из печати:**

- Том 1. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии
- Том 2. Рациональная антимикробная фармакотерапия
- Том 3. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний
- Том 4. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения
- Том 5. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания
- Том 6. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний
- Том 7. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии
- Том 8. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем
- Том 9. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии

### **Выходят в 2005—2006 гг.:**

- Рациональная фармакотерапия стоматологических заболеваний
- Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ
- Рациональная фармакотерапия в урологии
- Рациональная фармакотерапия в нефрологии
- Рациональная фармакоанестезиология
- Рациональная противоопухолевая фармакотерапия
- Рациональная фармакотерапия критических состояний
- Рациональная фармакотерапия в неврологии
- Рациональная фармакотерапия психических расстройств
- Рациональная фармакотерапия детских заболеваний
- Рациональная фармакотерапия. Справочник терапевта

 **Издательство «Литтерра» (ГК «Бионика»)**

Председатель Правления ГК «Бионика» — Ю. А. Крестинский  
Генеральный директор издательства «Литтерра» — В. А. Мефодовский

Директор издательских проектов — Коммерческий директор —  
О. В. Зимина Ю. И. Крылов

Директор по развитию — Отдел маркетинга и продаж —  
Т. В. Кублицкая С. А. Хомяков

Отдел предпечатной подготовки — Отдел рекламы —  
О. Ю. Румянцева О. А. Туралина

---

**Справочное издание**

*Библиотека врача общей практики*

*Серия «Схемы лечения»*

## **Схемы лечения Инфекции**

**Под редакцией С. В. Яковлева**

Редактор — *Н. И. Меринова*  
Корректор — *Е. В. Селиверстова*  
Макет, компьютерная верстка — *Л. А. Орешкина*  
Менеджер по полиграфии — *А. Г. Игошин*

---

Сдано в набор 14.09.05. Подписано в печать 15.11.05.

Бумага офсетная. Формат 70х100/32.

Гарнитура «SchoolBookС».

Печать офсетная. Усл. печ. л. 11,7.

Тираж 5000 экз. Заказ №

ЗАО «Издательство «Литтерра».

117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

<http://www.litterra.ru>; e-mail: [info@litterra.ru](mailto:info@litterra.ru)

Отпечатано в полном соответствии с оригинал-макетом  
в ООО «Чебоксарская типография № 1»,  
428019, г. Чебоксары, пр. И. Яковлева, д. 15