



п р а к т и к а

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ

Карманный
справочник

Москва

1996



GUIDE to ANTIMICROBIAL THERAPY

23d edition

Jay P. Sanford, MD
David N. Gillbert, MD
Julie L. Gerberding, MD
Merle A. Sande, MD

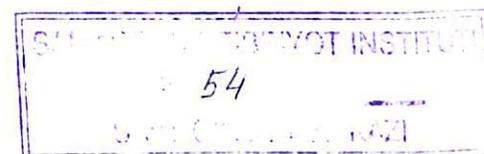
Antimicrobial Therapy Inc. 1994

Дж. Сэнфорд
Д. Гилберт
Дж. Гербердинг
М. Сэнде

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ

Карманный справочник

Перевод с английского
канд. биол. наук
О. В. Ефременковой
под редакцией
чл.-корр. РАМН
проф. Ю. В. Дудника



п р а к т и к а
Москва 1996

БКБ 28.4
С 80
УДК 615.779.9

Рекомендовано Управлением учебных заведений Министерства здравоохранения Российской Федерации для использования в качестве учебного пособия и справочника для студентов медицинских и фармацевтических вузов, врачей, интернов, ординаторов, аспирантов и курсантов учреждений дополнительного профессионального образования.

Ведущий редактор В. А. Ананич
Технический редактор А. В. Комельков
Художники Е. Р. Гор и О. Л. Лозовская

Лицензия ЛР № 065635 от 19.01.98
Подписано к печати 20.09.99
Формат 84 × 108/32. Объем 7 п. л. Доп тираж IV 10000 экз. Зак. № 694
Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, Можайск, ул. Мира, 93
Издательский дом «Практика». 119048 Москва, а/я 421

Серия «Карманные медицинские справочники». №2
Антимикробная терапия. Дж. Сэнфорд, Д. Гилберт, Дж. Гербердинг,
М. Сэнде. Карманный справочник. Пер. с англ. — М.: Практика, 1996. —
224 с.

Ежегодно переиздаваемый в США, справочник содержит новейшие данные об антибактериальных, противогрибковых, антимикобактериальных, антипаразитарных и противовирусных средствах. Представлены все необходимые врачу сведения об антимикробных препаратах — показания и противопоказания, фармакокинетика, антимикробный спектр, дозы, пути введения, побочные эффекты, лекарственные взаимодействия, применение у детей, беременных и при почечной недостаточности. Материал изложен в виде таблиц, что облегчает поиск нужной информации. Наряду с международными названиями препаратов приведены наименования, под которыми они известны в нашей стране. Для врачей всех специальностей и провизоров.

БКБ 28.4

ISBN (англ.) 0-933775-16-4

(c) 1994 by Antimicrobial Therapy, Inc.
All rights reserved.

ISBN (русс.) 5-89816-019-1

(с) перевод на русский язык,
«Практика», 1996.

Содержание

От редактора перевода	7
Предисловие к двадцать третьему изданию	8
Предисловие к русскому изданию	8
Сокращения	9
Таблица 1. Эмпирическая антимикробная терапия до определения возбудителя и его чувствительности	11
Брюшная полость	11
Глаза	12
Глотка	15
Желудочно-кишечный тракт	17
Желчный пузырь	21
Кисть	21
Кожа и подкожная клетчатка	21
Кости	27
Легкие и дыхательные пути	29
Лимфоузлы	35
Молочная железа	36
Мочевыводящие пути	37
Мышцы	39
Пазухи носа	40
Печень	40
Поджелудочная железа	41
Половые органы	42
Рот	50
Селезенка	50
Сердце	51
Системные инфекции без лихорадки	54
Системные инфекции с лихорадкой	54
Сосуды	59
Стопа	60
Суставы	60
Уши	62
Центральная нервная система	64
Таблица 2. Антимикробные средства, эффективные против отдельных микроорганизмов	69
Таблица 3. Длительность антибиотикотерапии	75
Таблица 4А. Антимикробные спектры	77
Таблица 4Б. Антимикробный спектр цефалоспоринов	80
Таблица 5А. Фармакокинетика антимикробных средств	81
Таблица 5Б. Максимальный уровень лекарственных веществ в сыворотке	84
Таблица 6. Антибактериальные средства: дозы и побочные эффекты	87
Таблица 7. Антибактериальные средства, применяемые при инфекциях мочевыводящих путей	102
Таблица 8А. Лечение грибковых инфекций, актиномикоза и нокардиоза	104
Таблица 8Б. Противогрибковые средства: побочные эффекты	112
Таблица 9А. Лечение микобактериальных инфекций	115
Таблица 9Б. Антимикобактериальные средства: дозы и побочные эффекты	122
Таблица 10. Антипаразитарные средства: показания, дозы, побочные эффекты	126
Таблица 11А. Противовирусная терапия	142

Таблица 11Б. Лечение ретровирусной (ВИЧ-1) инфекции у взрослых	143
Таблица 11В. Противовирусные средства: показания, дозы, побочные эффекты	144
Таблица 12А. Профилактическое применение антимикробных средств	151
Таблица 12Б. Профилактика инфекционного эндокардита	158
Таблица 13. Дозы антимикробных препаратов у детей	160
Таблица 14. Введение антимикробных препаратов в стекловидное тело	165
Таблица 15. Антимикробные средства, оказывающие фотосенсибилизирующее действие	165
Таблица 16. Антимикробные препараты у беременных и после родов	166
Таблица 17. Антимикробные средства при менингите: проникновение через гематоэнцефалический барьер	168
Таблица 18А. Выведение антимикробных препаратов с желчью	170
Таблица 18Б. Препараты, дозы которых уменьшают при нарушении функции печени	170
Таблица 19А. Назначение цефалоспоринов при аллергии к пенициллинам	171
Таблица 19Б. Десенсибилизация при аллергии к пенициллинам	171
Таблица 20. Лечение перитонита при постоянном амбулаторном перитонеальном диализе	172
Таблица 21. Дозы антимикробных препаратов при почечной недостаточности у взрослых	173
Таблица 22. Лекарственные взаимодействия	180
Таблица 23. Иммунизация взрослого населения США	187
Таблица 24. Профилактика столбняка при ранениях	188
Таблица 25. Профилактика бешенства после укусов	189
Таблица 26. Ревматизм: критерии Джонса	190
Таблица 27. Лабораторные методы	190
Литература	191
Приложение А. Лекарственные средства: международные названия, группы, синонимы	195
Приложение Б. Торговые названия антимикробных средств	205
Редметный указатель	211

От редактора перевода

Появление сульфаниламидов в тридцатые годы и антибиотиков в сороковые произвело революцию в лечении инфекционных заболеваний. Антибиотики и синтетические химиотерапевтические препараты – одни из наиболее широко используемых лекарственных средств. В настоящее время применяют несколько сотен антимикробных препаратов, выпускаемых разными фармацевтическими фирмами под различными названиями. Большое количество препаратов затрудняет выбор. Постоянно появляются новые эффективные лекарственные средства. Один из наиболее показательных примеров последнего десятилетия – появление и лавинообразный рост числа фторхинолоновых препаратов. Все это требует постоянного обновления справочников.

Предлагаемый карманный справочник, написанный известными специалистами и ежегодно обновляемый и переиздаваемый на английском языке, пользуется большой популярностью не только в Америке, но и далеко за ее пределами. Издание русского перевода позволит широкому кругу российских врачей уточнить назначения в зависимости от клинической ситуации и доступности препаратов. Составленный издательством «Практика» список синонимов даст возможность ориентироваться в джунглях фирменных названий.

Чл.-корр. РАМН, профессор Ю. В. Дудник

Предисловие к двадцать третьему изданию

Начиная с 1971 г. эта книга переиздается ежегодно. Каждый выпуск пополняется сведениями о последних достижениях в медицине. Предлагаемое читателям 23-е издание «Антимикробной терапии» — результат совместной работы, в которой приняли участие доктора Дэвид Н. Гилберт (Портленд), Мерль А. Сэнде и Джулия П. Гербердинг (Сан-Франциско). Рекомендации, представленные в книге, — коллективный труд всех авторов; в спорных случаях я настаивал на своей точке зрения. Мы основывались на результатах последних клинических испытаний, поэтому в ряде случаев показания к применению и дозы антимикробных средств отличаются от рекомендованных фирмами-изготовителями.

Большой вклад в подготовку рукописи внесла С. Wickwire. Мы также признательны L. Sanford, N. Sanford, F. McKenna, B. Johnson, H. Fox и многим другим.

Джей П. Сэнфорд

Предисловие к русскому изданию

Микробы и болезни не признают государственных границ. К счастью, разработка методов диагностики, профилактики и лечения также осуществляется объединенными усилиями врачей всего мира.

Справочник «Антимикробная терапия» переиздается в США каждый год уже на протяжении двадцати пяти лет. Поначалу книга была адресована в основном студентам-медикам; сейчас ею пользуется широкий круг врачей. «Антимикробная терапия» не заменяет учебники по внутренним болезням и фармакологии; назначение книги в другом: помочь определить наиболее вероятного возбудителя, выбрать антибиотик и его дозу, предупредить о возможных побочных эффектах. Кроме английского, справочник издается на шести других языках. Теперь впервые выходит и русское издание.

Во всем мире используют почти одни и те же антимикробные препараты, но торговые их названия в разных странах различаются. Приложения в конце книги помогут нашим русскоязычным читателям не ошибиться в выборе препарата.

Переводчикам и издателям пришлось проделать очень большую работу. Они отлично справились с ней, и нам хочется от всей души их поблагодарить.

Джей П. Сэнфорд,
26 октября 1985 г.

Сокращения

АГ-АП — аминогликозиды, активные в отношении псевдомонад
АЛАТ — аланинаминотрансфераза
АМ — азот мочевины крови
АМК/КЛ — амоксициллин/клавуланат
АМП/СБ — ампициллин/сульбактам
АсАТ — аспаратаминотрансфераза
БИТ — блок интенсивной терапии
в/в — внутривенно
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
в/м — внутримышечно
Г-6-ФД — глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ИВЛ — искусственная вентиляция легких
ИМП — имипенем/циластатин
КТ — компьютерная томография
Кумбс+ — положительная проба Кумбса
ЛДГ — лактатдегидрогеназа
МБК — минимальная бактерицидная концентрация
МПК — минимальная подавляющая концентрация
МРТ — магниторезонансная томография
МТТ фрагмент — N-метилтиотетразольный фрагмент
ПВ — протромбиновое время
Пен-АП — пенициллины, активные в отношении псевдомонад
п/к — подкожно
ППен-УП — полусинтетические пенициллины, устойчивые к пенициллиназам
ППР/ГБ — пиперациллин/тазобактам
СКФ — скорость клубочковой фильтрации
СМЖ — спинномозговая жидкость
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
ТКЦ/КЛ — тикарциллин/клавуланат
ТМП/СМК — триметоприм/сульфаметоксазол
УЗИ — ультразвуковое исследование
Цеф-(1, 2, 3)в — цефалоспорины (первого, второго, третьего поколения) для приема внутрь
Цеф-(1, 2, 3, 4)п — цефалоспорины (первого, второго, третьего, четвертого поколения) для парентерального введения
Цеф-3п-АП — цефалоспорины третьего поколения для парентерального введения, активные в отношении псевдомонад
ЦНС — центральная нервная система
ЩФ — щелочная фосфатаза
ЭКГ — электрокардиограмма
С. trachomatis — Chlamydia trachomatis
E. coli — Escherichia coli
FDA — Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США
H. influenzae — Haemophilus influenzae
Ig — иммуноглобулин
M. tuberculosis — Mycobacterium tuberculosis
N. gonorrhoeae — Neisseria gonorrhoeae
N. meningitidis — Neisseria meningitidis
P. aeruginosa — Pseudomonas aeruginosa
S. aureus — Staphylococcus aureus
S. epidermidis — Staphylococcus epidermidis
S. pneumoniae — Streptococcus pneumoniae
spp. — виды микроорганизмов
ssp. — подвиды микроорганизмов
T_{1/2} — период полувыведения

Показания к применению лекарственных средств и их дозы, приведенные в книге, соответствуют опубликованным в медицинской литературе рекомендациям и практике лечебных учреждений. Учитывая, что способы использования препаратов со временем меняются, обращайтесь внимание на рекомендации по их употреблению, вложенные в упаковку, а также следите за публикациями в специальной литературе.

Таблица 1. Эмпирическая антимикробная терапия до определения возбудителя и его чувствительности

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора резерва	Примечания
БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ				
Перитонит	Первичный или спонтанный бактериальный (при асците и циррозе печени)	Энтеробактерии, <i>S. pneumoniae</i> , стрептококки группы А, <i>S. aureus</i>	Ампициллин + АГ-АП; или ТКЦ/КП; или ППР/ГБ; или АМП/СБ; или цефакситин	При нефротическом синдроме перитонит, как правило, вызван <i>S. pneumoniae</i> , но все чаще возбудители – энтеробактерии и <i>S. aureus</i> . При циррозе перитонит возникает у 6%, чаще его вызывают энтеробактерии (<i>E. coli</i>), реже – стрептококки. Посев 10 мл асцитической жидкости во флаконы для гемокультур повышает вероятность выделения возбудителя [116]
	Вторичный (при прободении желудка или кишки)	Энтеробактерии, <i>Enterococcus</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>P. aeruginosa</i> (3–15%)	При нетяжелом течении – монотерапия, при тяжелом – комбинированное лечение. Против аэробов – клиндамицин, метронидазол, цефокситин, ИМП; ТКЦ/КП, ППР/ГБ, АМП/СБ. Против аэробов – АГ-АП, АМП/СБ, ТКЦ/КП, ППР/ГБ, Цеф-2п, Цеф-3л, Пен-АП, ИМП, азтреонам, ципрофлоксацин. Энтерококков обнаруживают часто, но необходимость лечения не установлена [155, 172, 176]	Эффективны многие схемы лечения; препараты должны быть активны в отношении грамотрицательных анаэробов и энтеробактерий. При перитоните вследствие проникающего ранения живота цефокситин так же эффективен, как клиндамицин и тобрамицин. При внебольничной инфекции добавлять к цефокситину АГ-АП не обязательно [83, 375]
При перитонеальном диализе (> 100 лейкоцитов/мл, > 50% нейтрофилов)	<i>S. aureus</i> (часто), <i>S. epidermidis</i> , <i>P. aeruginosa</i> (7%), грамотрицательные палочки (11%), возбудители отсутствуют (20%), <i>Mycobacterium fortuitum</i> (редко)	При перитоните в диализат добавляют ванкомицин, или цефалоспорины, или АГ-АП x 14 сут. При поверхностной инфекции вокруг катетера – цефалексин внутрь x 14 сут. При инфекции катетерного канала – ванкомицин или цефазолин в/в x 14 сут	Удаления катетера можно избежать [222]. Длительность лечения 7–14 сут. В 1-е сут диализат меняют чаще (5–6 раз). При тяжелом течении инфекции, вызванной грамположительными кокками – ванкомицин в/в, грамотрицательными палочками или, если возбудители не обнаружены – Цеф-3п [156]. См. табл. 20, с. 172	

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
Блефарит		<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	Эритромицин, или мулироцин, или хлорамфеникол в виде мазей; наносить на края век		При абсцессе века (признак – предущая лимфаденопатия) – системное применение ППен-УП. Мыть голову шампунем от перхоти 2 раза/нед
Ячмень		<i>S. aureus</i>	См. Примечания		Горячие компрессы, вскрытие и дренирование. Антибиотики (ППен-УП) назначают только при распространенном целлюлите или предущей лимфаденопатии. Местное применение антибиотиков неэффективно. В случае рецидива – подавление стафилококковой инфекции в носу (см. Фурункулы, с. 22)
Каналикулит		<i>Actinomyces</i> spp., <i>Atachnia propionica</i>	Глазные капли с бензилпенициллином + феноксиметилпенициллином (или эритромицин)		Если воспаление вызвано <i>A. propionica</i> , при зондировании каналаца возникает резкая боль
Дакриоцистит		<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> (у детей)	Взрослым: Цеф-2в; или Цеф-3в; или доксициклин внутри	Эритромицин	Выбор антибиотика основывается на бактериоскопии маза, окрашенного по Граму. Вскрытие и дренирование только при появлении гнойной головки в слезной точке
Конъюнктивит		Аденовирусы, <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i>	Местно: неомицин + полимиксин В + гентамицин; или гентамицин 3%; или ципрофлоксацин 3,5%; или норфлоксацин 3%	Детям: АМК/КЛ; или Цеф-2в; или Цеф-3в	У 2/3 детей конъюнктивит на фоне фарингита вызван аденовирусами, у 70% на фоне среднего отита – <i>H. influenzae</i> . Конъюнктивит иногда возникает при синдроме токсического шока (см. с. 58). Капли с антибиотиками применяют каждые 1–2 ч днем, мазь 1–2 раза за ночь. У 5% неомицин вызывает аллергический кератит
	Острый гемотропический	<i>N. gonorrhoeae</i>	См. Гонорея, с. 42, 43		Наблюдается в Западной Африке, на Филиппинах, в странах Востока, Карибского бассейна, во Флориде
С включениями, у взрослых		Энтеровирус 70, аденовирус 11, вирус Коксаки А24	Эффективной терапии нет		
		<i>C. trachomatis</i>	Доксициклин или тетрациклин	Эритромицин или азитромицин	Показано системное и местное применение. Продолжительность лечения \geq 3 нед. Применение азитромицина не одобрено FDA

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
ГЛАЗА (продолжение)					
Конъюнктивит (продолжение)	Трахома	<i>C. trachomatis</i>	Азитромицин (FDA) или доксициклин	Доксициклин или тетрациклин	Азитромицин, 20 мг/кг внутрь однократно, извлечение у 78%. В тяжелых случаях азитромицин так же эффективен, как 6-недельное местное применение тетрациклина + эритромицина [259]. Сочетают системное и местное лечение 2–3 нед
Конъюнктивит новорожденных (в первые 3 нед жизни)	Начало в 1–е сут	Серебра нитрат	Самоалечение		Срочно выполнить бактериоскопию и посев
	Начало на 2–5 сут	<i>N. gonorrhoeae</i> (14%), <i>S. aureus</i> (10%)	Цефтриаксон, 125 мг однократно. Местно антибиотики не применяют		Гиперемия обоих глаз, покраснение. Грамотрицательные диплококки. Лечить обоих родителей (см. Гонорея, с. 42, 43)
	Начало на 5–10 сут	<i>C. trachomatis</i> (30%)	Эритромицин, 50 мг/кг/сут внутрь (дозу разделяют на 4 приема) x 14 сут		Процесс двусторонний, хрящ нижнего века затронут больше, чем верхнего. Вазофильные включения в цитоплазме. Местное применение антибиотиков не показано
	Начало на 2–16 сут	Вирус простого герпеса, тип 1, 2	Срочная консультация офтальмолога		
Кератит	Контактные линзы	<i>Acanthamoeba</i> spp.	Неомицин + полимиксин В + гентамицин + пропаридин + мазь с клотримазолом 1%		Срочная консультация офтальмолога. Может иметь сходство с кератитом, вызванным вирусом простого герпеса [126]
Эндотельмит, хориоретинит		<i>S. aureus</i> (50%), <i>Pseudomonas</i> spp.			Срочная консультация офтальмолога. При инфицировании <i>S. aureus</i> и <i>P. aeruginosa</i> повреждение глаза может стать необратимым уже в первые 24 ч. Лечение интенсивное и может включать раннюю витректомию, инъекции антибиотиков (гентамицина, цефазолина) и глюкокортикоидов в стекловидное тело, системное применение глюкокортикоидов и антибиотиков: ванкомицин + Цеф-3в-АП (или Пен-АП)
Бактериальный	После операции по поводу катаракты, течение острое	<i>Propionibacterium acnes</i>	Может потребоваться удаление хрусталика. 90% штаммов <i>P. acnes</i> чувствительны к ТМП/СМК, ИМП, хлорамфениколу, тетрациклину		
	Вялотекущий, хронический	<i>Streptococcus</i> , <i>H. influenzae</i>	Введение антибиотиков в стекловидное тело и системное применение АМК/КЛ, или АМП/СБ, или Цеф-2п		

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	выбора	резерва	Примечания
ГЛАЗА (продолжение)					
Эндофтальмит, хориоретинит (продолжение)					
Бактериальный (продолжение)	Проникающее ранение	<i>Vaccillus spp.</i>			Введение антибиотиков в стекловидное тело и системное применение клиндамицина или ванкомицина. До операции антибиотик местно не применять
	Предположительно гематогенный	<i>S. pneumoniae, N. meningitidis, S. aureus</i>			Цеф-3п + ванкомицин до результатов посева
Грибковый	У наркоманов (героин в/в)	<i>Vaccillus segetis</i>			Введение антибиотиков в стекловидное тело и системное применение клиндамицина или ванкомицина
	На фоне антибиотиков широкого спектра действия, глюкокортикоидов, у больных с веннозными катетерами	<i>Candida, Aspergillus spp.</i>			См. табл. 8А, с. 104, 106
Вирусный	При вирусном кератите	Вирус простого герпеса, <i>varicella zoster</i>	См. табл. 11А, с. 142, табл. 11В, с. 145		Симптомы поражения глаз возникают в среднем через 18 сут после появления фунгеми
	При СПИДе, обычно CD4-лимфоцитов < 100/мкл	Цитомегаловирус	См. табл. 11А, с. 142, табл. 11В, с. 146		У 5–10% больных СПИДом
Целлюлит глазницы	У взрослых	<i>S. aureus, стрептококки группы А, энтеробактерии</i>	Цеф-1п или ППен-УП	Цеф-2п (или Цеф-3п) + ванкомицин; или ТКЦ/КТ; или АМП/СБ	См. табл. 8А, Мукоромикоз, с. 110
	У детей	То же + <i>H. influenzae</i>	ППен-УП + цефуроксим	ТМП/СМК или Цеф-3п	

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	выбора	резерва	Примечания
ГЛОТКА					
Фарингит и тонзиллит	Катаральный*	Стрептококки групп А, С, G, вирусы (в том числе Эпштейна-Барр, герпес-вирус человека, тип 6 [342]), <i>Streptococcus diptheriae, Arcanobacterium haemolyticum, N. gonorrhoeae</i>	Бензатинбензилпенициллин; или феноксиметилпенициллин; или Цеф-2в; или Цеф-3в; или кларитромицин; или азитромицин	Эритромицин	См. Ревматизм, с. 56 и табл. 12А, с. 154. Лечение показано при выявлении стрептококков группы А (посев или положительный экспресс-тест**). Стрептококки групп С и G вызывают фарингит (тонзиллит) и служат причиной повышения титра антистрептолизина О, но не вызывают ревматизм. У детей: феноксиметилпенициллин, 250 мг 3–4 раза/сут (при акутратном приеме достаточно 2 раза/сут) [367]; недисциплинированными больными – бензатинбензилпенициллин (если вес ребенка < 27 кг, то 600 000 МЕ в/м, если ≥ 27 кг, то 1,2 млн МЕ) [354]. Эритромицин рекомендован Американской кардиологической ассоциацией как препарат резерва для первичной профилактической ревматизма; эффективность профилактики этого приема азитромицина, кларитромицина, Цеф-2в и Цеф-3в изучается. Азитромицин-эстолат, 20 мг/кг/сут, дозу разделяют, прием 2 раза/сут × 10 сут. Эритромицин-этилсукцинат, 40 мг/кг/сут, дозу разделяют, прием 2 раза/сут × 10 сут. При погрешности на инфракрасный монокулярный аналитический противолоскозан, фарингит, вызванный <i>A. nasopharyngis</i> , сопровождается скарлатиноподобной сылью, чаще возникает у подростков; возбудитель чувствителен к феноксиметилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, но устойчив к ТМП/СМК [113]
	Бессимптомное носительство после лечения	Стрептококки группы А	Лечение не показано		Если после лечения бензатинбензилпенициллином в посеве выявляют стрептококков группы А, то добавляют рифампицин, 10 мг/кг/сут внутрь × 4 сут (максимальная доза 600 мг/сут)
	Хронический бессимптомный носитель в семье больным ревматизмом		Бензатинбензилпенициллин		

* Лечение направлено на подавление стрептококков группы А и предупреждение атаки ревматизма. Результаты клинических испытаний показали, что успешное лечение стрептококкового фарингита бензатинбензилпенициллином уменьшает риск ревматизма до 0,4%–2,9%; в дальнейших исследованиях ориентировались только на результаты повторных посевов. Лечение уменьшает продолжительность фарингита. Цеф-2в, Цеф-3в, эритромицин, азитромицин и кларитромицин более активны в отношении стрептококков группы А, чем феноксиметилпенициллин, и могут стать препаратами выбора при фарингите (тонзиллите) [352].

** Тесты на стрептококковые антигены (Digenesен и Cultreffe) высокоспецифичны, но низкочувствительны (отрицательный результат не исключает стрептококковую инфекцию)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ (продолжение)					
Диарея. Возбудитель известен (продолжение)	Применение антибиотиков (псевдомембранозный колит)	<i>Clostridium difficile</i> (токсин)	Метронидазол внутри	Ванкомицин внутри, или бацитрацин внутри; или холецирамин	По возможности отменить антибиотики. Избегать средств, подавляющих моторику кишечника, при лечении ванкомицином не применять холестирамин. Эффективной парентеральной терапии нет. При рецидиве (у 10–20%) – повторный курс метронидазола. Без строгих показаний ванкомицин не назначают, т. к. могут появиться энтерококи с множественной устойчивостью. Мы применяем ванкомицин, 500 мг внутрь каждые 6 ч, при шоке (в/в введение неэффективно). При паралитической кишечной непроходимости ванкомицин с успехом вводят в толстую кишку (2000 мг, далее 100 мг каждые 6 ч + 100 мг после каждой дефекации через катетер. Установленный в слепой кишке) [344]
Диарея. Возбудитель неизвестен (продолжение)	Анальный половой контакт. Проктит (без вовлечения вовлечения сигмовидной кишки)	Герпесвирусы, <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>Treponema pallidum</i>	См. Половые органы, с. 42, 45		
		<i>Shigella</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> spp., <i>Entamoeba histolytica</i>	См. с. 17 и табл. 10, с. 126		
		<i>Yersinia enterocolitica</i> (исключить острых аппендицит)	Фторхинолоны	Цеф-3л	Амоксициллин и АМК/КЛ часто неэффективны. При нетяжелых инфекциях могут быть эффективны ТМП/СМК и доксициклин [153]
		<i>Entamoeba histolytica</i>	См. табл. 10, с. 126		При амёбной дизентерии полиморфноядерные нейтрофилы появляются в кале только в тяжелых случаях и распространенном поражении кишечника

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ (продолжение)					
Диарея. Возбудитель известен (продолжение)	У больных СПИДом при диарее > 10 сут	<i>Giardia lamblia</i> Кислотоустойчивые: <i>Cryptosporidium</i> spp., <i>Isospora belli</i> , <i>Mycobacterium avium</i> , <i>Cyclospora</i> spp. Другие: микроспоридии (<i>Enterocytozoon bieneusi</i>)	Метронидазол Парамоксин ТМП/СМК	Мелаприл Макролиды	См. табл. 10, с. 127 См. табл. 10, с. 126, 127, табл. 9А, с. 119
Гастроэнтерит	У недоношенных с некротическим энтероколитом	<i>E. coli</i> , <i>S. epidermidis</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Clostridium perfringens</i>	Тикациллин + АГ-АП (или Цеф-3л)		На рентгенограмме выявляют пневматоз кишечника. Бактериemia или перитонит у 30–50%. Если обнаружен <i>S. epidermidis</i> , дополнить только назначают ванкомицин в/в
	У грудных детей	<i>E. coli</i> (энтеропатогенные штаммы)	Неомицин, 100 мг/кг/сут (дозу разделяют, прием каждые 6 ч)		Наиболее распространенные патогенные штаммы (например O55, O111) не образуют токсины, не вызывают глубоких повреждений, кровотечения или тромбозов, но поражают мембрану микроворсинки
Язва двенадцатиперстной кишки	Обострение	<i>Helicobacter pylori</i>	Висмута субсалицилат, 525 мг 4 раза/сут + метронидазол, 250 мг 3 раза/сут + амоксицилин, 500 мг 4 раза/сут (или тетрациклин, 500 мг 4 раза/сут) x 14 сут; или кларитромицин, 500 мг 2 раза/сут x 14 сут (не одобрено FDA) + омепразол, 40 мг 1 раз/сут		При подавлении <i>H. pylori</i> язва заживает быстрее, рецидивы возникают реже. Оптимальное лечение приводит к подавлению <i>H. pylori</i> у 80% [165]; изучают эффективность омепразола и ранитидина [335]. Кларитромицин, 500 мг внутрь 4 раза/сут x 14 сут, подавляет рост <i>H. pylori</i> у 54% (устойчивость у 19%), а в сочетании с омепразолом – у 83% Установлена роль <i>Helicobacter pylori</i>
Гастрит	Антральный, тип В				

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ (продолжение)					
Дивертикулит	Без прободения	Энтеробактерии, <i>Bacteroides</i> , <i>Enterococcus</i> spp.	ТМП/СМК + метронидазол	Цефокситин (или клиндамицин) + АГ-АП; или ципрофлоксацин + метронидазол	Лечение в основном амбулаторное, прием препаратов внутрь (один случай судорог после приема ципрофлоксацина + метронидазола [37,3])
Парапротит		Энтеробактерии, <i>Bacteroides</i> , <i>Enterococcus</i> spp.	Эффективно сочетание нескольких препаратов, в том числе активных в отношении грамотрицательных анаэробов и энтеробактерий. При тяжелой инфекции возможна монотерапия. В отношении анаэробов активны клиндамицин, метронидазол, цефокситин, ИМП, ТКЦ/КЛ, ППР/ЛБ, АМП/СБ; в отношении аэробов – АГ-АП, АМП/СБ, ППР/ЛБ, ТКЦ/КЛ, Цеф-2п, Цеф-3п, Пен-АП, ИМП, азтреонам, ципрофлоксацин [172]		Основной метод лечения – дренирование. Исключить болезнь Крона. Роль энтерококов не установлена
При нейтропении (< 500/мм ³), остром лейкозе, blastном кризе – см. Сепсис у детей и взрослых с нейтропенией, с. 58					
Неспецифический язвенный колит	Нетяжелое течение	Неизвестна	Сульфасалазин или месаламин	Клизмы с глюкокортикоидами	Продолжение лечения после достижения ремиссии уменьшает частоту рецидивов [21]. До назначения глюкокортикоидов в виде клизм исследовать кал на <i>Entamoeba histolytica</i> или эмбрионисци провести лечение метронидазолом. На фоне сульфасалазина у 0,7–10% в первые 3 мес наблюдается агранулоцитоз, для лечения применяют молтрамостим
Болезнь Уиппла		<i>Tropheryma whippelii</i>			Грамположительный актиноидет определен с помощью полимеразной цепной реакции [330]. Эффективная терапия не разработана

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ					
Холангит, холангит, биллиарный сепсис		Энтеробактерии (68%), <i>Enterococcus</i> spp. (14%), <i>Bacteroides</i> spp. (10%), <i>Clostridium</i> spp. (7%)	Пен-АП + метронидазол; или ампициллин + гентамицин + метронидазол; или ИМП; или ТКЦ/КЛ, или ППР/ЛБ; или АМП/СБ	Цефокситин + АГ-АП (или азтреонам); или Цеф-3п + метронидазол (или клиндамицин); или азтреонам + клиндамицин	Дренирование желчных путей показано в 15–30% случаев; применяют хирургический, чрескожный и лапароскопический методы. Мезлоциллин более эффективен, чем АГ-АП + ампициллин [120]. Вероятно, вместо мезлоцилина можно использовать другие Пен-АП. Целесообразность применения метронидазола спорна. Цефалоспорины (цефокситин, цефотетан) не активны в отношении энтерококов. Энтерококковая инфекция желчных путей может вызывать бактериэмию, поэтому лечение необходимо [176]. Цефтриаксон вызывает стущение и застой желчи (УЗИ-признаки – у 50%, холангистит – у 9%) [310], иногда прибегают к операции [285] (см. табл. 6, с. 92)
	Частичная (опухоль, камень, стриктура)				
	Полная (опухоль, панкреатит)		Инфекция – редко (до 15%)		
КИСТЬ					
Паронихия	Обкусывание ногтей, мани-кюр	<i>S. aureus</i> , анаэробы	Клиндамицин	Эритромицин	Проявляется через 2–5 сут после травмы, не сопровождается лимфангитом
	Контакты со слизистой рта (у стоматологов и анестезиологов)	Вирус простого герпеса	Ацикловир, 400 мг внутрь 2 раза/сут x 10 сут		Диагноз устанавливают, если возбудитель не выявляется при окраске по Граму и посеве, а проба Цанка положительна
	Длительный контакт с водой (у посудомоек)	<i>Candida</i> spp.	Клотримазол местно		Избегать контакта с водой
КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА					
Угри обыкновенные	Легкая форма [158]	Неизвестна	Системное лечение не показано		Местно: клиндамицин, или эритромицин, или tretinoин, или бензоилпероксид, Азелаиновая кислота, 20% мазь (в США не применяют)

Локализация инфекции. Диагноз.	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Примечания
КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА (продолжение)				
Угри обыкновенные (продолжение)	Воспаление	Вероятно, <i>Propionibacterium acnes</i>	Доксициклин внутри + изотретиноин местно	Эритромицин внутри + изотретиноин местно
	Тяжелая кистозная форма	Неизвестна	Изотретиноин внутри	
Угри розовые			Доксициклин	Метронидазол местно
Сибирская язва, кожная форма		<i>Bacillus anthracis</i>	Ципрофлоксацин или доксициклин	Бензилпенициллин в средних дозах или эритромицин
Бациллярный ангиоматоз (печеночная пурпура)	При иммунодефиците (ВИЧ-инфекция, после трансплантации костного мозга)	<i>Rochalimaea</i> spp. [315, 125]	Эритромицин	Доксициклин
Фурункулы		<i>S. aureus</i>		
Фурункулез	Профилактика рецидивов (цель подавления <i>S. aureus</i> в носу)		Мулироцин интраназально	Рифамицин + диклосакцилин (или клоксациллин, или ТМП/СМК)
	Осложненный целлюлитом или сепсисом	<i>S. aureus</i>	ППен-УП	Цеф-1п, или ванкомицин

Локализация инфекции. Диагноз

Дополнительные условия

Возбудители, этиология

Выбор препаратов

Примечания

КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА (продолжение)

Носительство *S. aureus*, устойчивого к метциллину

Ожоги

После первичной обработки. Рана не инфицирована

Инфицированная рана

Конечностей, без связи с венными катетером

Рекдививирующая рожка с хроническими венозными стазами

Лица, у взрослых

S. aureus, устойчивый к метциллину

Отсутствуют

S. aureus, энтеробактерии, *Pseudomonas*, *Serratia*, *Providencia*, *Aspergillus* spp., вирус простого герпеса, цитомегаловирус

Стрептококки группы А, *S. aureus* (редко)

Стрептококки группы А

Стрептококки группы А, *S. aureus*

Мулироцин 2% (местно: на рану или интраназально)

Масфенид 5% (мазь); или серебра нитрат 0,5% (компресс); или сульфадиазин серебра (мазь)

Ванкомицин + амикацион + Пен-АП (половину суточной дозы Пен-АП вводят в глубокие ткани раны, хирургическая обработка раны в первые 12 ч)

ППен-УП или цефазолин

Беназтинбензилпенициллин, 1,2 млн МЕ/м² 1 раз/4 нед

ППен-УП

Внутри: новобиоцин (или ТМП/СМК) + рифамицин

Масфенид (местно: на рану мулироцин эффективен у 95%. При длительном лечении рецидивы у 40%, разрывы устойчивости — у 11% [27, 106])

Начало лечения — в первые 24–48 ч после ожога. Масфенид проникает в ожоженные ткани, но вызывает боль, а у 7% — гиперчувствительность. Сульфадиазин серебра удобен для применения. Хирургическая обработка в первые 3–5 сут снижает риск инфекции

Т1/2 большинства антибиотиков уменьшается в своротке. *S. aureus*, как правило, не распространяется за пределы ожоговой раны. При выраженной интоксикации поминать о синдроме токсического шока. *Staphylococcus aureus* образует колонии, но редко вызывает глубокие поражения. *Aspergillus* spp.: амфотерицин В, герпес, ацикловир. Инфекционные осложнения включают пневмонию (чаще всего стафилококковую) и септический тромбофлебит

Поздний целлюлит по ходу удаленной вены обычно вызван стрептококками групп А, В, С и G. Воротами инфекции часто бывают трещины межпальцевых складок стоп вследствие дерматофитии. При выявлении трещин — лечить

Локализация инфекции. Диагноз.	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Примечания
КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА (продолжение)				
Рожа, целлюлит (продолжение)	(При сахарном диабете)	Полимикробная; стрептококки группы А, <i>Enterococcus spp.</i> , <i>S. aureus</i> , энтерококки, анаэробы	При легком течении – цефоспектин, при тяжелом (септическом) – ИМП, или ППен-УП + АГ-АП (или азтреонам) + клиндамицин; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ТБ; или клиндамицин + фторхинолоны	Необходима срочная хирургическая обработка, чтобы исключить некротический фасцит и получить материал для посева. При септической форме показана рентгенография для выявления газовой гангрены. Измерить местное рО ₂ чрескожным методом, прогноз зависит от кровоснабжения конечности (см. Стопа, с. 60)
Геморрагические буллезные поражения	Употребление морской воды или сырых морских продуктов	<i>Vibrio vulnificus</i> , <i>Photobacterium damsela</i> (<i>Vibrio damsela</i>)	Доксициклин + цефтазидим	У 75% имеются хронические заболевания печени. Летальность 50% [297]. Контролируемые испытания не проводились. Согласно данным, полученным на Тайване, цефтазидим более эффективен, чем тетрациклин [144]. Вероятно, целесообразно сочетание этих препаратов
	Контакта с морской водой не было	<i>Staphylococcus</i> или <i>Streptococcus spp.</i> (септический шок), <i>Clostridium spp.</i>		
Импетиго, эктима	Буллезные поражения отсутствуют	Стрептококки группы А, <i>S. aureus</i>	Цеф-1а (кроме цефаксима) или эритромицин	Мулироцин местно; или АМК/КЛ; или Цеф-2в; или азитромицин; или кларитромицин
	Буллезная форма	<i>S. aureus</i>		
Пролежень, осложненный сепсисом		Полимикробная; стрептококки групп А, С, D, анаэробные стрептококки, энтерококки, <i>Pseudomonas</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>S. aureus</i>	Цефоситин + АГ-АП; или ИМП; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ТБ	Если нет сепсиса и распространенного целлюлита, иногда достаточно ухода за пролежнем, хирургической обработки и местного применения мафенида или сульфадиазина серебра. Исключить остеомиелит. В домах престарелых, где распространены штаммы <i>S. aureus</i> , устойчивые к метициллину, при стафилококковой инфекции применяют ванкомицин

Локализация инфекции. Диагноз.	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Примечания
КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА (продолжение)				
Эритразма		<i>Cornebacterium minutissimum</i>	Эритромицин	Кораллово-красная флуоресценция в лучах Вуда. Эритромицин: 250 мг внутрь каждые 6 ч × 14 сут
Фолликулит «горячей ванны»		<i>P. aeruginosa</i>	Самоизлечение, антибиотики не применяют	Дезинфекция ванны чистящими средствами, содержащими хлор
Инфицированная рана конечности	Без лихорадки	Полимикробная; <i>S. aureus</i> , стрептококки группы А, анаэробные стрептококки, энтерококки, <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Clostridium tetani</i> , <i>Pseudomonas spp.</i>	АМК/КЛ или Цеф-1в	Показана хирургическая обработка. Бактериоскопия мазка, окрашенного по Граму, позволяет быстро выявлять <i>Clostridium spp.</i> и стафилококков. Профилактика столбняка – см. табл. 24, с. 188. См. также Газовая гангрена, с. 39. Термины «симбиотическая гангрена Милана», «гангрена Фурнье» и «некротический фасцит» – синонимы. Для диагностики некротического фасцита производят надрез и зондируют фасцию. Подтверждением диагноза служит свободное продвижение зонда. Если есть сомнения, производят биопсию [295]
	Лихорадка, сепсис (возможен некротический фасцит)		АМП/СБ; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ТБ; или ИМП	Эритромицин; или кларитромицин; или азитромицин; или клиндамицин
	Без признаков сепсиса	<i>S. aureus</i> , стрептококки группы А, энтерококки, <i>Pseudomonas spp.</i>	Цеф-1п	ППен-УП + АГ-АП + клиндамицин
	Сепсис		ИМП; или ТКЦ/КЛ; или ППен-УП + АГ-АП; или ППР/ТБ	Фторхинолоны (кроме норфлоксацина и энроксацина) + ампициллин
Инфицированная послеоперационная рана (кроме операций на желудочно-кишечном тракте и женских половых органах)		<i>S. aureus</i> , стрептококки группы А, энтерококки, <i>Pseudomonas spp.</i>	Цефоситин (или клиндамицин) + АГ-АП; или ИМП; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ТБ; или АМП/СБ; или Цеф-2л (или Цеф-3л) + метронидазол	Гной окрашивает по Граму. Часто лечение ограничивают дренированием раны. Штаммы <i>S. aureus</i> , устойчивые к метициллину, широко распространены в США и встречаются в Канаде. Если в больнице преобладают штаммы, устойчивые к метициллину, ППен-УП заменяют на ванкомицин. Имеются сообщения об эффективности рифампицина + ТМП/СМК (или ципрофлоксацина). Если при окражке по Граму стафилококки не обнаружены, применяют ампициллин + АГ-АП + метронидазол. Если нет сепсиса, через 72 ч препараты можно назначить внутрь: ципрофлоксацин, 500 мг 2 раза/сут × 14 сут
Операции на желудочно-кишечном тракте (в том числе на полости рта, глотке, пищеводе) и женских половых органах		Те же + <i>Bacteroides spp.</i> , другие анаэробы, <i>Enterococcus spp.</i> , стрептококки групп В, С		

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	АМК/КП	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
Укусы человека	Профилактические меры в первые 12 ч после укуса или эмпирическое лечение инфекции	Зеленящий стрептококк (100%), <i>S. epidermidis</i> (53%), <i>Staphylococcus aureus</i> spp. (41%), <i>S. aureus</i> (29%), <i>Eikenella corrodens</i> (15%), <i>Bacteroides</i> spp. (82%), <i>Peptostreptococcus</i> spp. (26%)	АМК/КП	Цефтриаксон или эритромицин – эффективнее; феноксиметилпенициллин или ампициллин – дешевле		В первую очередь рану промывают и удаляют инородные тела. При укусе в стационаре возможно инфицирование энтеробактериями; при подтверждении – <i>AG-AP. Eikenella</i> spp. устойчивы к клиндамицину, чувствительны к ампициллину, цефоситину
Кошки		<i>Pasteurella multocida</i> , <i>S. aureus</i>	АМК/КП или феноксиметилпенициллин	Цефтриаксон или доксициклин		Инфекция, вызванная <i>P. multocida</i> , развивается за 24 ч. При укусе пальца бывает остеомиелит. Возможно заражение туляремией
Собаки		Зеленящий стрептококк, <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>Fusobacterium</i> spp., EF-4, <i>Capnocytophaga</i> (DF-2)	Феноксиметилпенициллин или ампициллин	Доксициклин; или АМК/КП; или цефтриаксон		Профилактика бешенства – антирабический иммуноглобулин + вакцина (см. табл. 25, с. 189). Возможно заражение blastomycosis. У больных с удаленной селезенки <i>Capnocytophaga</i> DF-2 вызывает сепсис, может развиться сепсис с ДВС. <i>Eubacterium plautii</i> также может вызвать ДВС
Свиньи		Полимикробная; грамположительные кокки, грамотрицательные палочки, анаэробы, <i>Pasteurella aerogenes</i>	АМК/КП	Цеф-3л; или ТКЦ/КП; или АМП/СБ; или ИМП		Данных мало; инфекция возникает часто и протекает тяжело [163, 195]

КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА (продолжение)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	АМК/КП	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
Укусы (продолжение)	Профилактические меры в первые 12 ч после укуса или эмпирическое лечение инфекции	Герпесвирус	Ацикловир: см. табл. 11В, с. 146			См. [50]
Обезьяны		<i>Streptobacillus moniliformis</i>	Ампициллин	Доксициклин		Профилактика бешенства не показана
Крысы		Неизвестна	Ампициллин	Доксициклин		В Северной и Южной Америке проводят профилактику бешенства (см. табл. 25, с. 189)
Летучей мыши, енота, скунса		<i>Pseudomonas</i> spp., энтеробактерии, <i>S. epidermidis</i> , <i>Clostridium</i> spp.	См. Примечания			В первую очередь вводят противоядие. Часто применяют пенициллин, но он неэффективен против некоторых микроорганизмов. Цефтриаксон, вероятно, более эффективен. Показана профилактика столбняка
Змея (ярко-голубая гадюка)		Рана не инфицирована				Часто ошибочно диагностируют острый живот. Для облегчения боли и устранения мышечного спазма назначают диазепам, кальция глюконат. Показана профилактика столбняка
Паука (черная вдова)		Рана не инфицирована	Далсон			Через 8–24 ч пупула некротизируется. Далсон, через 6 нед – исследование [82]
Паука (бурый отшельник)		Рана не инфицирована				

КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА (продолжение)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	АМК/КП	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
Остеомиелит	Позвоночника После ламинэктомии Гематогенный	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> <i>S. aureus</i> , энтеробактерии, <i>P. aeruginosa</i> , <i>Candida</i> spp.	П Пен-УП	Ципрофлоксацин + рифампицин; или ТКЦ/КП; или ванкомицин + Цеф-3л; или ИМП	Ванкомицин	См. [177]

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Примечания
КОСТИ (продолжение)				
Остеомиелит (продолжение)	У новорожденных	<i>S. aureus</i> , энтерококки, стрептококки групп А, В	ППен-УП + Цеф-3л	Часто вовлечен ближайший сустав. При поражении проксимальной трети плечевой кости наиболее вероятные возбудители – стрептококки группы В. Продолжительность лечения > 3 нед
	У детей до 4 лет	<i>H. influenzae</i> , стрептококки, <i>S. aureus</i>	Цеф-3л или цефуроксим	1) Изменения выявляют в конце 1-й нед. МРТ позволяет более точно, чем рентгенография и КТ, определить размеры очага инфекции. 2) Для эффективного лечения необходимо выявить возбудителя. При отсутствии бактериальной показана биопсия кости; посев из свинцовых ходов часто не позволяет выявить возбудителя остеомиелита, особенно при выделении грамотрицательных палочек. У новорожденных целесообразно исследовать кровь на серповидные эритроциты, при их выявлении велика вероятность сальмонеллезной инфекции. 3) Удаление секвестров способствует излечению и предупреждению рецидивов. 4) Лечение длительное, сначала в/в, затем внутрь (в эксперименте на животных рифамицилин повышает активность ППен-УП в отношении <i>S. aureus</i>). Гаматогенный остеомиелит у инъекционных наркоманов имеет необычную локализацию: позвоночник, ключицы, ребра. Если распространены штаммы <i>S. aureus</i> , устойчивые к метициллину, показан ванкомицин. Опыт применения АМП/СБ невелик, но результаты обнадеживают. Фторхинолоны противопоказаны детям и беременным; их не применяют при инфекции, вызванной <i>S. aureus</i> , устойчивым к метициллину (в США 68% устойчивых форм [161]). Если <i>S. aureus</i> чувствителен к метициллину, мы назначаем ципрофлоксацин + рифамицилин. При послеоперационном остеомиелите удаляют штифт. Эффективен ципрофлоксацин внутрь [86]
	У детей старше 4 лет	<i>S. aureus</i> , стрептококки, <i>H. influenzae</i>	Ванкомицин или клиндамицин	
	У взрослых (в том числе у инъекционных наркоманов)	<i>S. aureus</i> , (иногда энтерококки, стрептококки)	Ципрофлоксацин + рифамицилин + Цеф-3л или Цеф-1п	
	После операции, травмы (в том числе у инъекционных наркоманов)	<i>S. aureus</i> , энтерококки, <i>Pseudomonas spp.</i>	Ципрофлоксацин + рифамицилин; или ТКЦ/КЛ; или ванкомицин + Цеф-3л; или ИМП	
	Грудины	<i>Te</i> же + <i>S. epidermidis</i> и атипичные микобактерии		Удалить шовный материал
	Колотая рана стопы (воздем)	<i>Pseudomonas spp.</i> , <i>S. aureus</i> (редко)	Ципрофлоксацин; или ТКЦ/КЛ; или ИМП; или Цеф-3л-АП; или ППР/ГБ (не одобрено FDA)	Хирургическая обработка раны. Детям фторхинолоны противопоказаны

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Примечания
КОСТИ (продолжение)				
Остеомиелит (продолжение)	Распространенные инфекции из прилежащих мягких тканей (пролежень, язва диабетической стопы)	Полимикробная; аэробные кокки и палочки, анаэробы	См. Стопа, с. 60	Для дифференциальной диагностики остеомиелита и асептического остеолиза показана МРТ
ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ				
Бронхит	У детей до 5 лет. Бронхиолит	Респираторный синцитиальный вирус (50–75%), вирус парагриппа, аденовирус	Лечение проводится только при пневмонии или сопутствующем среднем отите	При тяжелой инфекции показан рибавирин. Содержимое флакона (6 г) разводят в стерильной воде (20 мг/мл), проводят ингаляцию по 18–20 ч/сут × 3–5 сут, лечение только в стационаре. Применение антибиотиков при неподтвержденном среднем отите повышает риск бактериальной суперинфекции [208]
	У подростков и взрослых. Острый трахеобронхит	Чаще вирусы, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Bordetella pertussis</i>	Антибиотики не показаны	Если единственный симптом – отделение гнойной мокроты, антибиотики не показаны. При лихорадке и других проявлениях проводят рентгенографию. Если обнаружен инфильтрат, препарат выбора – эритромицин, азитромицин, кларитромицин; препарат резерва – доксицилин. Бронхит, вызванный <i>S. pneumoniae</i> , сопровождается бронхоспазмом у 50%, в дальнейшем у 30% астматический бронхит [216]. Описаны вспышки коклюша (кашель ≥ 14 сут) [148]
	У взрослых (обычно курящих/бывших). Обострение хронического бронхита	Вирусы, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i>	ТМП/СМК или доксицилин дешевле. АМК/КЛ; или Цеф-2в; или Цеф-3в; или кларитромицин; или азитромицин; или офлоксацин; или рифлоксацин эффективнее	Префертиль курение. Преимущество профилактики перед лечением обострений не доказано. Показана иммунизация пневмококковой и противогриппозной вакцинами. При тяжелых обострениях дополнительно назначают метипреднизолон [134]. Мнения об эффективности препаратов расходятся [41]. При выборе часто ориентируются на стоимость. Наряду с другими антимикробными средствами успехом применяют ципрофлоксацин и ломефлоксацин. В клинических испытаниях оба препарата эффективны у 80–95%. По сравнению с ципрофлоксацином офлоксацин более активен <i>in vitro</i> и создает более высокую концентрацию в сыноворотке. Если возбудитель – <i>S. pneumoniae</i> , ломефлоксацин не показан. Эффективность рифлоксацина (применяют 1 раз/сут) и офлоксацина (2 раза/сут) одинакова

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
Пневмония	У новорожденных			Цеф-3л-АП	
	Начало в первые 5 сут	<i>E. coli</i> , стрептококки групп А, В, G	Ампициллин + гентамицин		Провести посевы крови. Иногда с успехом применяют амоксициллин и сульфаниламиды. Если предполагаемый возбудитель – <i>S. trachomatis</i> , назначают эритромицин. При эндотрахеальной интубации возможно инфицирование <i>Moraxella catarrhalis</i>
	Начало после 5 сут	Стрептококки групп А, В, S, <i>aureus</i> , <i>E. coli</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>S. trachomatis</i>	ППен-УП + гентамицин	Ванкомицин (если возбудитель – <i>S. aureus</i> , устойчивый к метициллину)	Кисты легкого характерны для стафилококковой пневмонии, но могут быть обусловлены <i>S. pneumoniae</i> , стрептококками группы А, <i>H. influenzae</i> , энтеробактериями. При эмпирике дренировать плевральную полость. <i>S. trachomatis</i> нормальная температура, нарастающий кашель, уровень IgM и IgG повышен, титр антител к <i>S. trachomatis</i> > 1,8, лечение эритромицином или сульфизоксазолом
Заболевает лицевой отдел при любом инфилтративном поражении легких (см. табл. 9А, с. 115)	У детей до 5 лет	Обычно вирусы	Антибиотики не показаны		Провести посевы крови. Антибиотики широкого спектра действия повышают риск суперинфекции
	Нетяжелое течение	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i>	Цефтриаксон или цефотаксим	ППен-УП + АГ-АП	В/в введение продолжают 72–96 ч после нормализации температуры, далее – цефалор внутр., или цефуроксим-аксетил, или АМК/КЛ, или ТМП/СМК; если инфекция не вызвана <i>S. aureus</i> , также применяют цефтриаксим
	Тяжелое течение. Угроза жизни	<i>S. aureus</i>	Азитромицин; или кларитромицин (противопоказан беременным); или эритромицин (если <i>S. pneumoniae</i> устойчив к эритромицину, то он устойчив к азитромицину и кларитромицину)	Доксициклин (противопоказан детям)	Лечение уточняют после микроскопии мокроты, окрашенной по Граму: <i>S. pneumoniae</i> – см. сноску на с. 67; <i>H. influenzae</i> – АМК/КЛ, или Цеф-2в, или Цеф-3в. В Великобритании применяют амоксициллин или ампициллин, а в периоды вспышек, обусловленных <i>M. pneumoniae</i> , – эритромицин. Во Франции до 20% штаммов <i>S. pneumoniae</i> устойчивы к эритромицину. Если болезнь легочников не поддается лечению, эритромицин вводят в/в (до 4 г/сут), затем добавляется флупициллин. В отношении левофлоксацина активны фторхинолоны, получены обнадеживающие результаты применения пefлоксацина во Франции [189]

ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ (продолжение)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
Пневмония (продолжение)	Хантавирусный легочный синдром	Хантавирусы			Встречается на всей территории США, преимущественно в юго-западных районах. Испытывают рибавирин (в/в); препарат, вероятно, малоэффективен [263]
	Старше 40 лет	<i>S. pneumoniae</i> , стрептококки группы А, <i>H. influenzae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (редко)	Цефтриаксон; или цефотаксим; или АМК/КЛ; или ТМП/СМК; ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ; или азитромицин; или кларитромицин. Если в популяции частота <i>S. pneumoniae</i> с множественной лекарственной устойчивостью > 2%, препарат выбора – ванкомицин в/в		Внебольшиную пневмонию в США все чаще вызывают устойчивые штаммы <i>S. pneumoniae</i> [284] (см. сноску на с. 67). При лечении цефуроксацином может возникнуть пневмококкемия и менингит, поэтому мы применяем фторхинолоны только при пневмонии, вызванной псевдомонадами и энтеробактериями, а также при муко-визицидозе
	Без сопутствующих болезней	<i>S. pneumoniae</i> , стрептококки группы А, <i>H. influenzae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (редко)	Эритромицин + ИМП (или цефтриаксон, или цефотаксим, или ППР/ГБ, или ТКЦ/КЛ, или АМП/СБ); или АМК/КЛ (амбулаторно)	ТМП/СМК + эритромицин (или азитромицин, или кларитромицин, если возбудитель – <i>Legionella spp.</i> или <i>S. pneumoniae</i>)	Если в мокроте, окрашенной по Граму, обнаружены <i>S. pneumoniae</i> и нет грамотрицательных палочек, применяют Цеф-3л (бензилпенициллин не рекоменדות). Если возбудитель – <i>S. aureus</i> , назначают ППен-УП. При эпидемии гриппа А добавляют амантадин или римантадин (см. табл. 11В, с. 144, 149)
Заболевает лицевой отдел при любом инфилтративном поражении легких (см. табл. 9А, с. 115)	Алкоголизм, сахарный диабет, сердечная недостаточность	Те же + <i>Klebsiella pneumoniae</i> , энтеробактерии, <i>Legionella spp.</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> (редко)	Эритромицин + цефотаксим, или ППР/ГБ, или АМП/СБ); или АМК/КЛ (редко)	Клиндамицин + АГ-АП	Аспирация приводит к различным поражениям легких (см. также Аспирационная пневмония, с. 34). Микрофлора ротоглотки разнообразна, применяют различные схемы лечения (см. ниже)
	Аспирация содержимого ротоглотки	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , другие бактерии полости рта	Клиндамицин; или цефоспектин; или АМП/СБ; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ		

ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ (продолжение)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Резерв препаратов	Примечания
ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ (продолжение)					
У взрослых					
Заболевает туберкулезом растёт. Туберкулез следует заподозрить при поражении инфильтративном поражении легких (см. табл. 9А, с. 115)	Внутрибольничная инфекция, инкубация, длительные лечебные антибиотиками. Нейтропения нет	Энтеробактерии (Enterobacter, Citrobacter spp., Acinetobacter, Pseudomonas, Legionella spp., S. aureus (реже))	ИМП; или Пен-АП (или ТКЦ/КЛ, или ППР/ГБ, или Цеф-3л-АП) + АГ-АП	Фторинолоны + ампициллин. Азтронам вместо АГ-АП. Меропенем (проходит испытания) так же эффективен, как цефтазидим + тобрамицин	Бронхоскопия и бронхоальвеолярный лаваж (после обструкции бронха баллоном на конце фиброскопа) позволяют быстро и точно определить возбудителя [40]. Предлагаемые схемы непротивоположны S. aureus, устойчиво к метициллину; если в большинстве случаев ППР преобладает этот возбудитель, дополнительно назначают ванкомицин. В БИТ распространены штаммы, устойчивые к цефтазидиму. После респираторного дистресс-синдрома взрослых часты госпитальная пневмония и фиброз легких; фибропротриферативная стадия проявляется лихорадкой, лейкоцитозом, новыми инфильтратами, гнойной мокротой [133]. Лучший метод диагностики – открытая биопсия легкого. Применяют глюкокортикоиды в высоких дозах [127]
	Нейтропения (< 500/мкл), химиотерапия, трансплантация костного мозга, печени	Те же + <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Mucor</i> , <i>Rhizopus</i> spp.	ИМП; или ванкомицин + АГ-АП + Пен-АП (или Цеф-3л-АП)	Пен-АП (или Цеф-3л-АП) + АГ-АП; или ТКЦ/КЛ. Азтронам вместо АГ-АП. ППР/ГБ (проходит испытания) так же эффективен, как цефтазидим + тобрамицин. Эффективен и меропенем	Лечение лихорадки неустановленной этиологии у больных с нейтропенией – см. [200]. Бронхоскопия: при обнаружении Legionella добавлять эритромицин, при выявлении грибов – амфотерицин В
Пострипозная (обычно после гриппа А)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> (реже)	Ванкомицин	ППен-УП	Если возбудитель – <i>H. influenzae</i> , должны быть эффективны АМП/СБ, ТКЦ/КЛ, ППР/ГБ и ИМП, но опубликованных результатов испытаний нет. Амикацин и римаптадин эффективны против гриппа А, эффективность при бактериальной пострипозной пневмонии не доказана	

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Резерв препаратов	Примечания
ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ (продолжение)					
У взрослых					
Заболевает туберкулезом растёт. Туберкулез следует заподозрить при поражении инфильтративном поражении легких (см. табл. 9А, с. 115)	ВИЧ-инфекция, CD4-лимфоцитов < 200/мкл; клиника СПИДа	Как правило, <i>Pneumocystis carinii</i> (даже если проводится профилактическое лечение)	ТМП/СМК в/в (при легком течении – внутрь); или дапсон, 100 мг внутрь + триметоприм, 20 мг/кг/сут внутрь (прием каждые 6 ч)	Криндамицин, 900 мг в/в каждые 8 ч + триамазол, 30 мг внутрь 1 раз/сут, или атоваксон, или пентамидин, 4 мг/кг/сут в/в x 21 сут	См. табл. 10, с. 132–133. Исследует мокроту. Если мокроты нет, проводят бронхоскопию. После пневмоцистной пневмонии, или если CD4-лимфоцитов < 200/мкл, показана пожизненная профилактическая терапия. При пневмоцистной пневмонии, если рО ₂ < 70 мм рт. ст. (независимо от клинического состояния), назначают преднизолон, 400 мг внутрь 2 раза/сут x 5 сут, далее 40 мг внутрь 1 раз/сут x 5 сут, далее 20 мг внутрь 1 раз/сут x 11 сут
	Острое начало, плеуральная боль, гнойная мокрота, очаговые инфильтраты. Изоляция до исключения туберкулеза	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>P. aeruginosa</i>	Цеф-3л-АП; или ТКЦ/КЛ; или ИМП; или ППР/ГБ	Если возбудитель – не <i>P. aeruginosa</i> , схема лечения может быть изменена	
У детей	Лимфоидная интерстициальная пневмония	Глюкокортикоиды			При СПИДе лимфоидная интерстициальная пневмония составляет 1/3 легочных осложнений (чаще бывает у детей старше 1 года). Пневмоцистная пневмония преобладает у детей до 1 года. Симптом: «бараньи палочки», гепатоспленомегалия, увеличение сплюснутых желез (положительный тест с галлием), лимфоцитоз

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ (продолжение)					
Аспирация со-держимого желудка, синдром Мехельсона	Аспирация со-держимого же-лудка во время наркоза, при утолщении	Сначала отсутст-вуют (позднее: <i>Pseudomonas spp.</i> , энтеробак-терии, <i>S. aureus</i> , <i>S. pneumoniae</i>)	Антибиотики не назначают, или бензилпеницил-лин в низких до-зах		Показана бронхоскопия. Раннее назначение антибиотиков не пре-дупреждает инфекцию
			Клиндамицин	Цефокситин; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ.	
Абсцесс, аспирационная пневмония	У новорожден-ных	См. Пневмония у новорожденных, с. 30			Для исключения опухоли – бронхоскопия. При абсцессе, вызванном анаэробами, метронидазол менее эффективен, чем клиндамицин. Иногда абсцесс легких вызывают <i>S. pneumoniae</i> , тип 3, <i>S. aureus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> ; эффективные антибиотики – см. табл. 2, с. 71. Раньше применяли бензилпенициллин в высоких дозах
Эмпиема плевры	У детей до 5 лет	<i>S. aureus</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i>	См. Пневмония у детей до 5 лет, тяжелых течение, с. 30		Дренаживать
	У детей старше 5 лет и взрос-лых	<i>S. pneumoniae</i> , стрептококки группы А <i>S. aureus</i> <i>H. influenzae</i>	Цефотаксим или цефтриаксон ППен-УП Цеф-3п	Ванкомицин	Плевральная пункция, при эмпиеме – дренаживать. В экссудате, окрашенном по Граму, выявляют грамположительные кокки, распо-ложенные попарно и в цепочках; если возбудители чувствительны к пенициллину, перейти на бензилпенициллин или ампициллин
Подострая и хроническая		Анаэробные стрептококки, <i>Streptococcus milleri</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , энтеробактерии		Ванкомицин	При микроскопии – скопления грамположительных кокков
				ТМП/СМК или АМП/СБ	При микроскопии – полиморфные грамотрицательные палочки
Обострение легочного процесса		Резистентная пневмония	Цефокситин; или ИМП; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ; или АМП/СБ	Клиндамицин + Цеф-3п	Антибиотики показаны, даже если возбудитель не обнаружен. Дре-нировать плевральную полость. Исключить опухоль

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ЛЕГКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ (продолжение)					
Коклюш		<i>Bordetella pertussis</i>	Эритромицин	ТМП/СМК	Все чаще у старшеклассников, студентов [148]. Членам семьи боль-ного профилактический прием антибиотиков (см. табл. 12А, с. 152)
Муковисцидоз	Обострение легочного процесса	<i>P. aeruginosa</i>	Тобрамицин + Пен-АП (или Цеф-3п-АП)	Ципрофлокса-цин или ИМП	Почечный клиренс АГ-АП, пенициллинов, цефалоспоринов при муковисцидозе повышен. Показан мониторинг уровня препаратов в сыворотке. Для достижения терапевтических уровней часто необхо-димо 2-кратное увеличение доз. Ципрофлоксацин: использование фторхинолонов у детей до 14 лет в США не разрешено. Примене-ние ципрофлоксацина более чем у 1000 детей в Европе не сопро-вождалось поражением суставов хрящей (для оценки использо-вался МРТ) [180]. Устойчивые формы могут появиться через 2-4 нед. постоянное лечение антибиотиками не рекомендуется
Туберкулез		<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	ТМП/СМК; или ИМП; или цип-рофлоксацин	Миноциклин или хлорамфеникол	<i>P. aeruginosa</i> – основной возбудитель. Быстро прогрессирует дыха-тельная недостаточность, летальность 62%. Антибиотики с анти-псевдомонадной активностью (аминогликозиды, пенициллины, Цеф-3п) неэффективны. Инфицированных <i>P. aeruginosa</i> следует изо-лировать от других больных муковисцидозом
ЛИМФОУЗЛЫ					
Лимфаденит острый					
Генерализо-ванный		Вирус Эпштей-на-Барр, <i>Tropo-tema pallidum</i> , <i>Toxoplasma gondii</i> , ВИЧ, <i>Francisella tularensis</i>			Диагноз и лечение основываются на результатах серологических тестов
Региональ-ный	Паховый У ведущих половую жизнь	Вирус простого герпеса, мягкий шанкр, сифилис, венерическая лимфогранулема			Выбор препарата зависит от возбудителя

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Примечания
ЛИМФОУЗЛЫ (продолжение) Лимфаденит острый региональный (продолжение)	Паховый	Стрептококки группы A, <i>S. aureus</i> , <i>Rickettsia</i> spp., туляремия, Болезнь кошачьей царапины	Выбор препарата зависит от возбудителя. Если имеется цефалосп, в возбудитель не выявлен, назначают ППен-УП или Цеф-1п. Туляремия; применяют доксициклин. Споротрихоз; см. табл. 8А, с. 111	
	Подмышечный	<i>T. je + Yersinia pestis</i> , споротрихоз		
	Шейный	Стрептококки группы A, <i>S. aureus</i> , вназробы, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Toxoplasma</i> , <i>Rickettsia</i> spp., Болезнь кошачьей царапины	Для выбора терапии показана пункция лимфоузла и бактериоскопия мазка, окрашенного по Граму, и на кислотоустойчивость. Если возбудитель не обнаружен, эмпирически назначают ППен-УП или Цеф-1п. Болезнь кошачьей царапины: диагностика основана на определении титра антител <i>Rosalia felis</i> до конца не выяснена; в большинстве случаев болезнь кошачьей царапины обусловлена <i>R. henselae</i> [80, 341]. Возбудитель чувствителен <i>in vitro</i> ко многим препаратам, азитромицину, кларитромицину, действующим на внутриклеточные микроорганизмы: эритромицину, азитромицину, кларитромицину, цифрофлоксацину (вероятно, наиболее эффективен). Клинические испытания продолжаются [71]	

МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Примечания
Мастит и абсцесс	Послеродовой	<i>S. aureus</i>	ППен-УП или Цеф-1п	На ранней стадии мастита – увеличить частоту кормлений. При абсцессе – прервать кормление. Для подавления лактации назначают бромокриптин, 2,5 мг 2 раза/сут x 2 нед
	Не связанный с родами	<i>S. aureus</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>Peptococcus</i> spp.	Клиндамицин; или ППен-УП; (или Цеф-1п) + метронидазол; или АМП/СБ (или АМК/КП)	При субареолярной локализации – анаэробная инфекция, при другой – стафилококковая. Дренаживание абсцесса

МОЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Примечания
Острые неосложненные инфекции нижнего отдела (цистит и уретрит) См. [347]	В пробе мочи, взятой натощак и не осажженной центрифугированием, выявляют эстеразу лейкоцитов, или гемоглобин, или при окраске по Граму выявлен возбудитель	Энтеробактерии (<i>E. coli</i>), <i>Staphylococcus saprohyticus</i> , <i>Enterococcus</i> spp.	Цеф-в; или нитрофурантоин; или доксициклин; или сульфаниламиды; или триметоприм; или АМК/КП; или амоксициллин	Схема однократного приема эффективна, дает мало побочных эффектов, экономически выгодна, но часты ранние рецидивы. При лечении x 3 сут снижается частота рецидивов без увеличения побочных эффектов [47]. Прием препаратов x 7 сут показан беременным; за 2 нед до родов сульфаниламиды отменяют из-за угрозы ядерной желтухи (см. табл. 7, с. 103). При неэффективности лечения x 3 сут сделать посев и продолжить лечение x 2 нед. Нитрофурантоин не активен в отношении <i>S. saprohyticus</i> . Риск бактериурии повышен на фоне противозачаточного препарата мономинола-9
	Риск венерического заболевания; в пробе мочи – эстераза лейкоцитов или гемоглобин; при окраске по Граму возбудитель не выявлен	<i>C. trachomatis</i>	Доксициклин	Азитромицин
Рецидивы (≥ 3 в год)	Энтеробактерии (<i>E. coli</i>), <i>Staphylococcus saprohyticus</i> , <i>Enterococcus</i> spp., <i>C. trachomatis</i>	После подавления инфекции длительный прием ТМП/СМК, 80/400 мг внутрь 1 раз/сут		Эстрогены в виде вагинальной мази снижают риск инфекций мочевыводящих путей в постменопаузе [345]. Вместо постоянного профилактического лечения возможен однократный прием ТМП/СМК, 320/1600 мг, при появлении симптомов. Эффективность и стоимость обеих схем одинаковы [43]. Эффективен и однократный прием ТМП/СМК, 160/800 мг, после полового акта

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор резерва	Примечания
МОЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ (продолжение)				
Острый неосложненный пиелонефрит (чаще у женщин 18–40 лет, пиелодивертикула > 35,5°С, боль в пояснице)	Амбулаторное лечение (нетяжелое течение)	Энтеробактерии (преимущественно E. coli) Enterococcus spp. (необходима бактериоскопия мочи, окрашенной по Граму)	ТМП/СМК внутри или фторхинолоны	АМК/КЛ или Цеф-в
	В стационаре		Цеф-3л; или Пен-АП; или АМП/СБ; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ЛБ; или гентамицин + ампициллин	ТМП/СМК в/в
Осложненный пиелонефрит (чаще у мужчин и пожилых женщин)	Нарушение оттока мочи, рефлюкс, азотемия, трансплантация почки	Энтеробактерии, P. aeruginosa, Enterococcus spp.	Цеф-3л-АП; или ТКЦ/КЛ; или Пен-АП + АГ-АП; или фторхинолоны в/в	ИМП
	Паранефральный абсцесс	Стафилококковая бактериемия	ППен-УП или Цеф-4п	
Простатит	Пиелонефрит	Энтеробактерии	См. выше, Осложненный пиелонефрит	Признаки сепсиса у взрослых – см. с. 57. При сепсисе исключить обструкцию мочевыводящих путей
			См. Простатит, с. 49–50	

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор резерва	Примечания
МОЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ (продолжение)				
Бессимптомная бактериурия	См. Примечания и [122]	Энтеробактерии, P. aeruginosa, Enterococcus spp.	Определить возбудителя и его чувствительность; эмпирическая терапия не рекомендуется. Показания к лечению: бареленность, стойкая бактериурия, бактериурия после урологических вмешательств, после длительной катеризации мочевого пузыря, сахарный диабет. Пожилей возраст не служит самостоятельным показанием к лечению. Диагностические критерии: в 2 анализах мочи с интервалом 3–7 сут число бактерий одного вида $\geq 10^5$ /мл. Сроки лечения: у новорожденных и детей дошкольного возраста – неопределенно долго; у беременных – до родов; после катеризации мочевого пузыря – однократный прием; у мужчин до 60 лет с хроническим простатитом – см. Простатит, с. 49	
	После катеризации мочевого пузыря у женщин до 65 лет		ТМП/СМК	После удаления катетера: ТМП/СМК, 320/1600 мг, исключение у 80% [57]
Нейрогенный мочевой пузырь; длительная катеризация мочевого пузыря			Лучше периодически катеризировать мочевой пузырь, чем устанавливать катетер надолго. При бессимптомной бактериурии лечение не показано [347]	
МЫШЦЫ				
Газовая гангрена	Загрязненная рана	Clostridium perfringens, другие Clostridium spp.	Клиндамицин + бензилпенициллин в высоких дозах	Цефтриаксон или эритромицин
		Стрептококки группы A, S. aureus, грамотрицательные папочки (редко)	ППен-УП или Цеф-4п	Ванкомицин
Гнойный миозит				Часто встречается в тропиках, редко – в умеренном климате [387]. Возникает после физической нагрузки и повреждения мышц. Неблюдает при СПИДе [17]

Локализация инфекции. Диагноз.	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ПАЗУХИ НОСА					
Синусит острый		<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , стрептококки группы A, анаэробы, вирусы, <i>S. aureus</i> (редко)	ТМП/СМК; или АМК/КЛ; или Цеф-2в; или Цеф-3в; или кларитромицин	Ампициллин (если в полularity не распространены бактерии, образующие β-лактамазы)	У детей до 5 лет возбудителем может быть <i>M. catarrhalis</i> , но не анаэробная микрофлора [294]; показаны капли в нос с фенилэфрином. <i>M. catarrhalis</i> и <i>H. influenzae</i> часто образуют β-лактамазы (см. Средний отит, с. 63). После стоматологических вмешательств синусит часто обусловлен анаэробной инфекцией; ТМП/СМК неэффективны. <i>S. aureus</i> редко вызывает синусит, у подростков и молодых людей течение тяжелое. Внутривенная инфекция: при назотрахеальной интубации и установке назогастрального зонда синусит обычно вызывается энтеробактерии и псевдомонады; лечение – см. Пневмония у взрослых, внутрибольничная инфекция, нейтропения нет, с. 32
Синусит хронический	У взрослых	<i>Rhizopus</i> , <i>Mucor</i> , <i>Aspergillus</i> spp.	См. табл. 8А, с. 104, 110		
	У детей	<i>Bacteroides</i> , <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Fusobacterium</i> spp.	Антибиотики обычно неэффективны		
		<i>S. pneumoniae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i>	Эритромицин/сульфаметоксазол; или АМК/КЛ; или Цеф-2в; или Цеф-3в	Консультация отоларинголога. При обострении лечение такое же, как при остром синусите	Нередко штаммы <i>S. pneumoniae</i> относительно устойчивы к паратам. Однако, это не затрудняет лечения (см. сноску на с. 67)
ПЕЧЕНЬ					
Холеангит			См. Желчный пузырь, с. 21		
Лептоспироз		<i>Leptospira interrogans</i>	Доксициклин или фторхинолоны в высоких дозах		

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ПЕЧЕНЬ (продолжение)					
Абсцесс		Энтеробактерии, <i>Bacteroides</i> spp., spp., <i>Entamoeba histolytica</i>	Ампициллин + АГ-АП + метронидазол (все чаще энтеробактерии устойчивы к ампициллину); или Цеф-3п; или цефокситин; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ЛБ; или АМП/СБ; или фторхинолоны	Метронидазол (против <i>E. histolytica</i>) + ИМП	Обязательны серологические тесты для выявления амебиаза; при отрицательном результате – хирургическое дренирование или чрескожная пункция. В 50% случаев причиной гнойного абсцесса служит поражение кишечника. При абсцессе абсцессе назначаются метронидазол. Абсцессы, вызванные энтероккокками из желчных путей, часто сопровождаются бактериемией и, следовательно, требуют лечения [176]. Метронидазол назначают и при абсцессе, вызванном бактериями
Поддиафрагмальный или подпеченочный абсцесс		См. Вторичный перитонит, с. 11			Дренирование или чрескожная пункция
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА					
Острый панкреатит		Неинфекционная	Антибиотики не применяют		Инфицирование у 1–9%; в проспективных исследованиях показана неэффективность профилактического применения ампициллина. Необходимо наблюдение, при формировании абсцесса проводят лечение
Абсцесс		Энтеробактерии, <i>Enterococcus</i> , <i>Staphylococcus</i> spp., редко – <i>Candida</i> spp. и анаэробы	ТКЦ/КЛ; или ППР/ЛБ; или АМП/СБ; или ИМП; или фторхинолоны в/в		На рентгенограмме обнаруживают изменения типа «мыльного пузыря» в забрюшинном пространстве. Показана хирургическая обработка и дренирование
Инфицированная лямбда киста					
Инфекция при панкреонекрозе					

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ОБОИХ ПОЛОВ					
Бородавки аногенитальной области	У детей, чаще девочек, в препубертатном периоде	<i>S. trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , вирусы папилломы человека	См. ниже		Необходимо заподозрить разрывные действия по отношению к Детям (кроме новорожденных) [135]
	У взрослых	Вирусы папилломы человека 6, 11, 16, 18	Подофиллин или подофиллотоксин (амбулаторно). См. табл. 11В, с. 149		Женщинам следует ежегодно проводить цитологическое исследование по Папаниколу, если бородавки пигментированы или не поддаются лечению, или обнаружены атипичные клетки. В 90% случаев дисплазия, рак шейки матки вызваны вирусами папилломы человека 16, 18, 31, 33, 35. На протяжении жизни риск злокачественного перерождения бородавок шейки матки, обусловленных вирусами папилломы человека 16, 18, составляет 1:30
Гонорея (гонококковый уретрит, цервицит, проктит, простатит, фарингит и др.)		<i>N. gonorrhoeae</i> (50% боттхоев уретритом, цервицитом инфицированы также <i>S. trachomatis</i>)	Цефтриаксон + доксициклин (или тетрациклин); или цефтриаксон + азитромицин; или цефтриаксон	Доксициклин + спектиномицин (или фторхинолон, или цефотаксим, или цефтриаксон). Если возбудитель чувствителен к пенициллину: доксициклин + амоксициллин + пробенацид	При бактериоскопии отделяемого из уретры лейкоциты составляют 95% клеток. Лечение [281]: цефтриаксон, 125 мг в/м однократно (эффективен при устойчивости к пенициллину, гонококковом фарингите и аноректальной форме); или цефтриаксон, 400 мг внутрь однократно; или ципрофлоксацин, 500 мг внутрь однократно; или офлоксацин, 400 мг внутрь однократно. Обязательное лечение хламидиоза (см. Негонококковый уретрит, с. 43)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ОБОИХ ПОЛОВ (продолжение)					
Диссеминированная гонококковая инфекция		<i>N. gonorrhoeae</i>	Цефтриаксон; или цефтаксим; или цефтриаксон	Спектиномицин	Цефтриаксон, 1 г в/м, в/в 1 раз/сут; или цефотаксим, 1 г в/в каждые 8 ч; или цефтриаксон, 1 г в/в каждые 8 ч; или (при аллергии к β-лактамам) спектиномицин, 2 г в/м каждые 12 ч. Добросовестных больных через 24 ч после прекращения симптомов переводят на амбулаторное лечение: цефтриаксон, 400 мг внутрь 2 раза/сут; или ципрофлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза/сут x 7 сут. Обязательное лечение хламидиоза (см. Негонококковый уретрит)
		<i>S. trachomatis</i> (50%), <i>Mycoplasma hominis</i> , Другие возбудители (10–15%); <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , вирус простого герпеса	Доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 7 сут; или азитромицин, 1 г внутрь однократно	Эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза/сут x 7 сут; или эритромицин-этилсукцинат, 800 мг внутрь 4 раза/сут x 7 сут; или офлоксацин, 300 мг внутрь каждые 12 ч x 7 сут	При беременности доксициклин и азитромицин противопоказаны; назначают эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза/сут x 7 сут. К тетрациклинам устойчивы 6–10% штаммов <i>U. urealyticum</i> . При неэффективности доксициклина назначают азитромицин, лечение у 98% [333]. При переносимости высоких доз эритромицин назначают по 250 мг 4 раза/сут x 14 сут [51]. Офлоксацин эффективен у 93% [97]. При инфекции, вызванной <i>U. urealyticum</i> , уровень офлоксацина в сыворотке часто не достигает МПК [10]. Ципрофлоксацин неэффективен у 30–50%. Кларитромицин активен in vitro в отношении <i>S. trachomatis</i>
Сифилис	Врожденный	<i>Treponema pallidum</i>	Бензилпенициллин, 100 000–150 000 МЕ/кг/сут в/в (50 000 МЕ/кг каждые 8 ч) x 7 сут; или прокаиன்பензилпенициллин, 50 000 МЕ/кг в/м 1 раз/сут, 14 сут		При в/м введении новорожденным прокаинабензилпенициллина (50 000 МЕ/кг) достигаются терапевтические концентрации; максимальный уровень в сыворотке 17 мкг/мл, в СМЖ 0,7 мкг/мл. Если допущен перерыв в лечении > 1 сут, лечение проводят сначала. При показаниях – офтальмологическое обследование

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудитель, этиология	Препараты выбора	резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ОБОИХ ПОЛОВ (продолжение)					
Сифилис (продолжение)	Ранний (< 1 года): первичный, вторичный, ранний латентный	Тероплема pallidum	Бензатинциллин, 2,4 млн МЕ в/м	Доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 14 сут; или тетрациклин, 500 мг внутрь x 14 сут; или цефтриаксон, 125 мг в/м 1 раз/сут x 10 сут, или 250 мг в/м через день, 5 раз, или 1000 мг в/м через день, 4 раза [131, 198]. Длительное наблюдение	Препараты резерва применяют только тогда, когда доказана аллергия к пенициллину [329]. При раннем и врожденном сифилисе обязательна реакция Вассермана через 3, 6, 12 и 24 мес после лечения. При первичном и вторичном сифилисе об эффективности лечения свидетельствует снижение титра антител на 2 разведения через 6 мес, на 3 – через 12 мес, на 4 – через 24 мес; при раннем латентном сифилисе – на 2 разведения через 12 мес; у 50% через 12 мес флюоресцентный тест отрицателен, у 24% через 2–3 года отрицательны флюоресцентный тест абсорбции антител к бледной трепонемае [58]. Повторное лечение показано, если: 1) клинические признаки сохраняются или возобновляются, 2) остаются 4-кратное увеличение титра антител, 3) исходный титр антител был высок и через 1 год остается $\geq 1:8$
	Поздний (> 1 года): латентный (поздний, или срок неизвестен); с поражением сердечно-сосудистой системы		Бензатинциллин, 2,4 млн МЕ в/м 1 раз/нед x 3 нед; общая доза 7,2 млн МЕ	Доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 28 сут; или тетрациклин, 500 мг внутрь 4 раза/сут x 28 сут	Эффективность препаратов резерва не установлена. Целесообразность рутинного применения лямбальной пункции при бессимптомном позднем сифилисе спорна [115]. Показания к лямбальной пункции Центра по контролю заболеваемости США: неврологические нарушения, неэффективность лечения, титр антител > 1:32, признаки активного сифилиса (аортит, гумма, ирит), лечение без применения пенициллина, ВИЧ-инфекция

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудитель, этиология	Препараты выбора	резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ОБОИХ ПОЛОВ (продолжение)					
Сифилис (продолжение)	Нейросифилис	Тероплема pallidum	Бензилпенициллин	Цефтриаксон	Бензилпенициллин, 12 млн МЕ/сут x 10 сут, или прокаибензилпенициллин, 2,4 млн МЕ в/м 1 раз/сут + пробенецид, 0,5 г внутрь 4 раза/сут x 10 сут. Цефтриаксон, 1 г в/в, в/м 1 раз/сут x 14 сут [24]
	У беременных		См. Примечания	Кожная проба на аллергию к пенициллину. При необходимости десенсибилизация (см. табл. 195, с. 171)	Лечение зависит от стадии и не отличается от описанного выше; иногда рекомендуют повторно вводить бензатинбензилпенициллин, 2,4 млн МЕ, через 1 нед после первой дозы, особенно в последнем триместре и при вторичном сифилисе. Реакцию Вассермана повторяют 1 раз/мес. При 4-кратном повышении титра антител – повторное лечение. Доксицилин, тетрациклин противопоказаны. Эритромицин не рекомендуется, т. к. слабо проникает через плацентарный барьер
	При ВИЧ-инфекции		Бензилпенициллин в средних (см. Нейросифилис) или высоких дозах в/в x 14–21 сут	К препарату выбора добавляются амоксициллин, 2 г внутрь 3 раза/сут + пробенецид, 0,5 г внутрь 3 раза/сут, 10 сут, или цефтриаксон, 250 мг в/м 1 раз/сут + 10 сут	Клинические проявления, результаты серологических тестов и реакция на лечение могут быть атипичными. Реакцию Вассермана повторяют через 3, 6, 12, 24 мес. При необходимости лечение повторяют (см. выше). Возможно повторное заражение. Эритромицин не применяют [23]
Мягочей шанкр		Haemophilus ducreyi	Азитромицин; или цефтриаксон; или эритромицин	АМК/КП или ципрофлоксацин	Азитромицин, 1 г внутрь однократно, или цефтриаксон, 250 мг в/м однократно, или эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза/сут x 7 сут. АМК/КП, 500/125 мг внутрь каждые 8 ч x 7 сут, или ципрофлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза/сут x 3 сут См [282]
Венерическая лимфогранулема		C. trachomatis	Доксицилин	Эритромицин или сульфизоксазол	Диагностика основана на данных серологических тестов, биопсия, противоположена. Доксицилин, 0,1 г внутрь 2 раза/сут x 21 сут. Эритромицин или сульфизоксазол, 0,5 г внутрь 4 раза/сут x 21 сут. При поражении прямой кишки часто требуется повторное лечение

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выборы препаратов резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ОБОИХ ПОЛОВ (продолжение)				
Паховая гранулема		<i>Caryophaga</i> <i>feijeni</i> <i>granulomatis</i> (Гельза Донована)	ТМП/СМК	Улучшение обычно наблюдается в первую неделю. Лечение продолжается до заживления всех поражений (до 4 нед). Доксикалин иногда неэффективен, возможны рецидивы
Лобковый педикулез		<i>Phthirus pubis</i>	Перметрин, 1% раствор	Перметрин: обмыть пораженный участок, обработать препаратом, через 10 мин смыть. Если заражение произошло при половом контакте, партнера. Зуд иногда сохраняется несколько недель после лечения. Повторное обследование через 1 нед; при обнаружении швей или гнид лечение повторяют
Чесотка		<i>Sarcoptes scabiei</i>	Перметрин, 5% мазь	Перметрин: тщательно втереть в кожу от головы к стопам. Через 8-14 ч принять душ. Как правило, эффективно однократное применение. Кротамитон: нанести на кожу от шеи к стопам 2 раза на ночь. Вымыться через 24 ч после второго применения препарата
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН				
Амнионит, септический аборт		<i>Bacteroides</i> spp., чаще <i>Prevotella bivia</i> , стрептококки групп А, В; энтеробактерии; <i>C. trachomatis</i>	Цефокситин (или ТКЦ/КП, или ИМП, или АМП/СБ, или ППР/ГБ) + доксицилин; или клиндамицин + АГ-АП (или Цесф-3п)	Расширение шейки матки и выскабливание. Септический аборт, вызванный <i>Clostridium perfringens</i> , может сопровождаться гемолизом. При лихорадке неясной этиологии и тромбоэмболии легочной артерии в послеродовом периоде исключить септический тромбофлебит малого таза (см. Септический тромбофлебит малого таза, с. 60). После выписки из стационара – доксицилин или клиндамицин
Эндометрит	Ранний послеродовой (первые 48 ч, обычно после кесарева сечения) Поздний послеродовой (от 48 ч до 6 нед, обычно после нормальных родов)	<i>C. trachomatis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>	Доксицилин	Доксицилин, 100 мг в/в, внутрь каждые 12 ч x 14 сут. Прекратить кормление грудью. В отношении <i>M. hominis</i> активны тетрациклины и клиндамицин. Эритромицин неэффективен [154]

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выборы препаратов резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН (продолжение)				
Цервицит, слизистогнойный		<i>N. gonorrhoeae</i>	См. Гонорея, с. 42	Диагностические критерии: гнойные выделения из шейки матки, > 10 лейкоцитов в поле зрения при использовании иммерсионного объектива. Окрасить мазки по Граму; если <i>N. gonorrhoeae</i> не выявлены – лечить хламидиоз. При неопределенных результатах – лечить обе инфекции
		<i>C. trachomatis</i>	См. Негонококковый уретрит, с. 43	
Воспалительные болезни тазовых органов, сальпингит, абсцесс труб и яичников	Амбулаторное лечение. Показано, если температура < 38°С, лейкоцитоз < 11 000/мл, нет перитонита, сохранена перистальтика кишечника и кишечника и большая может принимать препараты внутрь	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>Bacteroides</i> spp., энтеробактерии, стрептококки	Цефтриаксон (или АМК/КЛ) + доксицилин	Цефтриаксон, 125 мг в/м однократно, далее доксицилин, 0,1 г внутрь 2 раза/сут x 14 сут. Цефрокситин, 2 г в/м + пробенецид, 1 г внутрь. Эритромицин: см. Гонорея, с. 42. Показания к госпитализации: невыполнение назначений, беременность, перитонит, подозрение на абсцесс тазовых органов, лихорадка > 38°, отсутствие эффекта лечения через 72 ч, неясный диагноз, необходимость диагностической лапароскопии. Если госпитализация показана, но невозможна – добавить метронидазол, 1 г внутрь 2 раза/сут. У 15 из 16 больных с тубоовариальным абсцессом к излечению привели антибиотики + пункция абсцесса под контролем КТ [365]. Эффективен офлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза/сут [374]
	Лечение в стационаре		Клиндамицин + гентамицин	Цефокситин, 2 г в/в каждые 6 ч. Доксицилин, 0,1 г в/в каждые 12 ч. Клиндамицин, 0,9 г в/в каждые 8 ч + гентамицин (начальная доза 2 мг/кг в/в, далее 1,5 мг/кг в/в каждые 8 ч). Лечение > 4 сут и 48 ч после нормализации температуры. После в/в лечения – доксицилин, 0,1 г внутрь 2 раза/сут; или клиндамицин, 0,45 г внутрь 4 раза/сут. Общая продолжительность лечения 14 сут. Клиндамицин в/в активен в отношении <i>C. trachomatis</i> , эффективность приема внутрь не исследовалась

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препарата	Препараты резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН (продолжение)					
Вагинит Кандидозный	Зуд, творожистые выделения, pH < 4,5	<i>Candida spp.</i>	Миконазол; или клотримазол; или б�токоназол; или тиоконазол; или терконазол	Флуконазол или нистатин	При микроскопии выделений после добавления гидроксида калия выявляют дрож. Избегать половых контактов 3–4 сут. См. табл. 8А, с. 108. Эффективен флуконазол, 150 мг внутрь однократно
Трихомонадный	Обильные пенящиеся выделения, pH 5–7	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Метронидазол, 2 г внутрь однократно (противопоказан в 1-м триместре беременности)	Метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза/сут x 7 сут. У беременных: клотримазол в вагинальных таблетках, 100 мг на ночь x 2 нед	Половым партнерам назначают метронидазол, 2 г однократно. При неэффективности лечения – метронидазол, 2 г внутрь 1 раз/сут x 5 сут (побочные эффекты – см. табл. 10, с. 127). Клотримазол: у 20% излечение, у остальных улучшение. При недолеченной инфекции во 2–3 триместрах беременности метронидазол назначают по 500 мг 2 раза/сут x 7 сут; эта схема позволяет избежать токсического уровня препарата в сыворотке
Вагинит бактериальный	Зловонные выделения, pH 5–6	Полимикробная: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Lactobacillus spp.</i> (за исключением групп <i>fragilis</i>), <i>Mobiluncus</i> , <i>Peritrococcus spp.</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>	Метронидазол, 0,5 г внутрь 2 раза/сут x 7 сут; или вагинальный гель с метронидазолом (0,75%), 5 г 2 раза/сут x 5 сут (противопоказан в 1-м триместре беременности)	Клиндамицин, 0,3 г внутрь 2 раза/сут x 7 сут; или вагинальная мазь с клиндамицином (2%), 5 г на ночь x 7 сут	При микроскопии выделений видны клетки, покрытые скоплениями микроорганизмов. Рыбный запах выделений при добавлении гидроксида калия. Полового партнера лечат только при баланите. Высокоэффективен прием метронидазола, 2 г внутрь однократно [218]. В инструкциях изготовителей прием метронидазола рекомендуется каждые 6 ч, тогда как Центр по контролю заболеваемости рекомендует прием 2 раза/сут
Вагинит атрофический	Кровотечения после менопаузы, скудные выделения, pH 6–7	Неинфекционная	Мазь с эстрогенами		

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препарата	Препараты резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ МУЖЧИН					
Баланит		<i>Candida spp.</i> (40%), стрептококки группы В, <i>Gardnerella vaginalis</i>	Как при вагините (см. Вагинит кандидозный, с. 48)		Воизникает у 25% мужчин – половых партнеров инфицированных женщин. Исключить синдром Рейтера. Неинфекционный баланит лечат мазью с гидрокортизоном
Эпидидимит, орхит	Моложе 35 лет	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i>	Как при гонорее (см. с. 42), далее как при негочококовом уретрите (см. с. 43); или офлоксацин, 300 мг внутрь 2 раза/сут x 10 сут		Частые проявления – выделения из уретры и боль в паху
	Старше 35 лет или у гомосексуалистов	Энтеробактерии	ТМП/СМК или фторхинолоны	При тяжелом течении: АМК/КЛ; или АМП/СБ; или Цеф-3л; или ИМП; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ЛБ	Пиурия, боль в мошонке и отек
Простатит	Острый Моложе 35 лет	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i>	Как при гонорее (см. с. 42), далее как при негочококовом уретрите (см. с. 43); или офлоксацин; или азитромицин		Применяют схемы длительного (14 сут) лечения, однократный прием не показан. Офлоксацин и азитромицин активны в отношении <i>N. gonorrhoeae</i> и <i>C. trachomatis</i> и проникают в предстательную железу. Азитромицин не применяют у лиц старше 35 лет, хотя он и активен в отношении <i>E. coli</i> . При СПИДе простатит может быть вызван <i>Cryptococcus neoformans</i>
	Старше 35 лет	Энтеробактерии	Фторхинолоны или ТМП/СМК		
	Хронический бактериальный	Энтеробактерии (80%), <i>Enterococcus spp.</i> (15%), <i>P. aeruginosa</i>	Фторхинолоны	ТМП/СМК	Лечение фторхинолонами – 4 нед. ТМП/СМК – 3 мес. При безуспешном лечении исключить инфицированные камни предстательной железы

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. БОЛЕЗНИ МУЖЧИН (продолжение)					
Простатит (продолжение)	Простатит, небактериальный	Неизвестна	Доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 14 сут	Эритромицин	Симптомы простатита, эпителиальные клетки при микроскопии сока простаты; при обычных исследованиях выявлять возбудителя не удается. Возможно инфицирование хламидиями или уреаплазмами
	Простаталгия	Неинфекционная	Альфа-адреноблокаторы		Симптомы простатита, отсутствие эпителиальных клеток при микроскопии сока простаты; возбудителя выявить не удается
РОТ					
Одонтогенная инфекция		Микрофлора полости рта	Феноксиметилпенициллин или клиндамицин	Эритромицин или АМК/КЛ	Показано дренирование и удаление некротической ткани. Возрастает число микроорганизмов, образующих β-лактамазы, поэтому рекомендации могут меняться (см. Инфекции околочелюстного пространства, с. 16)
Целлюлит	У детей до 5 лет	H. influenzae	Цефуроксим или Цеф-3п	АМК/КЛ или ТМП/СМК	В связи с вакцинацией против H. influenzae число тяжелых инфекций снижается
Герпетический стоматит		Вирус простого герпеса, тип 1, 2	Ацикловир		Ацикловир: 400 мг внутрь 3 раза/сут x 10 сут
Афтозный стоматит	Рецдивировующий	Не установлена	Глюкокортикоиды (местно) уменьшают боль и отек		
СЕЛЕЗЕНКА					
Абсцесс	При эндокардите, бактериемии	S. aureus	ППен-УП	Ванкомицин	Показана КТ. Спленэктомия и антибиотики; исключение – грибковая инфекция, поддающаяся лечению без удаления селезенки [30]
	Источник инфекции – брюшная полость	Полимикробная	См. Вторичный перитонит, с. 11		
	При иммунодефиците	Candida spp.	Амфотерицин В	Флуконазол	

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СЕРДЦЕ					
Инфекционный эндокардит естественных клапанов. Эмбрическая терапия в ожидании результатов посева	Развитие сердечной недостаточности	Зеленящий стрептококк, Streptococcus bovis, Enterococcus spp.	Бензилпенициллин в высоких дозах (или ампициллин + гентамицин (см. ниже))	Ванкомицин + гентамицин	Часто поражаются измененные клапаны (пороки сердца, пролапс митрального клапана). Если эндокардит подострый и нет сердечной недостаточности, мы предпочитаем дождаться результатов посева крови, чтобы назначить оптимальную терапию. При отрицательных результатах посевов – исключить грибковую этиологию, лихорадку Ку, орнитоз, бруцеллез; если возбудитель не обнаружен, назначают бензилпенициллин + гентамицин x 6 нед
		S. aureus, Enterococcus spp., S. pneumoniae, стрептококки группы А	ППен-УП + бензилпенициллин в высоких дозах + гентамицин	Ванкомицин + гентамицин	Часто отмечают шум клапанной недостаточности, интоксикацию, пневмонию, менингеальные симптомы. Если на фоне антибиотиков сердечная недостаточность прогрессирует (отек легких, артериальная гипотония), показано протравливание клапана. ППен-УП + гентамицин могут быть недостаточно активны в отклонении эндокардов, поэтому до получения результатов посева дополнительно назначают бензилпенициллин
		S. aureus, Pseudomonas, Enterococcus spp.			При псевдомонадной инфекции назначают тебрамицин + тикарциллин (или другой Пен-АП)
Инфекционный эндокардит естественных клапанов. Возбудитель известен	Моложе 65 лет, слух и функция почек не нарушены	Зеленящий стрептококк, Streptococcus bovis, МПК < 0,1 мкг/мл	Бензилпенициллин x 2 нед + гентамицин x 2 нед	Цефтриаксон, 2 г в/в 1 раз/сут 4 нед ± гентамицин, 1 мг/кг в/в каждые 8 ч; или ванкомицин, 15 мг/кг (не более 1 г) в/в каждые 12 ч x 4 нед	Бензилпенициллин, 10–20 млн МЕ/сут в/в + гентамицин, 1 мг/кг (не более 80 мг) в/в, в/в каждые 8 ч x 2 нед (прокаибензилпенициллин, 1,2 млн МЕ в/м каждые 6 ч + стрептомицин применяются реже, но так же эффективны; детям не рекомендуют). Цефтриаксон – излечение > 99% случаев [217]. При эндокардите, вызванном S. bovis, исключить заболевание кошечки
		Те же. МПК 0,1–0,5 мкг/мл	Бензилпенициллин x 4 нед + гентамицин x 2 нед		
		Те же. МПК ≤ 0,5 мкг/мл	Бензилпенициллин x 4 нед		Бензилпенициллин, 10–20 млн МЕ/сут в/в x 4 нед. Излечение > 99% случаев

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Препараты резерва	Примечания
СЕРДЦЕ (продолжение)					
Инфекционный эндокардит естественных клапанов. Возбудитель известен (продолжение)	Симптомы < 3 мес	Enterococcus spp., стрептококки с минимальными пищевыми потребностями, зеленящий стрептококк. МПК > 0,5 мкг/мл	Беназилпенициллин x 4 нед + гентамицин x 4 нед	Ванкомицин x 6 нед + гентамицин x 6 нед	Беназилпенициллин, 20 млн МЕ/сут в/в x 6 нед + гентамицин, 1 мг/кг в/в каждые 8 ч x 6 нед. Рецидивы у 10–20%. Тобрамицин и ванкомицин не усиливают активность пенициллина в отношении Enterococcus faecium. Стрептококки усиливают действие пенициллина на 1/6 штаммов энтерококков, высоко устойчивых к гентамицину. Исследовать энтерококки на высокую устойчивость к гентамицину (МПК > 1000 мкг/мл), образование β-лактамазы (диски с нитроцефином) и устойчивость к ванкомицину
	Симптомы > 3 мес	S. aureus	Беназилпенициллин x 4 нед + гентамицин	Цефалотин (или цефазолин) + гентамицин (предпочтительней ванкомицина); или ванкомицин. При нормальной функции печени в Великобритании вместе гентамицина применяют фузидиевую кислоту	Гентамицин отменяют через 5 сут (максимальный уровень в сыворотке – 3 мкг/мл). При подострой абсцесс клапанного кольца после отмены гентамицина назначают рифамицин. При неосложненном течении длительность терапии 4 нед, а при осложненном – 6 нед. Эндокардит правых отделов сердца у инфекционных наркоманов поддается лечению за 2 нед (нафциллин + тобрамицин) [46]. При эндокардите правых отделов эффе- тивны рифамицин, 800 мг, 1 раз/сут + ципрофлоксацин, 750 мг, внутрь 2 раза/сут x 4 нед. Если возбудитель чувствителен к метициллину, антибиотик (нафциллин) оказывают быстрое лечебное действие (через 2–5 сут); если штамм устойчив к метициллину, действие (ванкомицин, или ванкомицин + рифамицин) развивается медленнее (в среднем через 9 сут) [61]. При эндокардите правых отделов, вызванном штаммами, устойчивыми к метициллину, могут быть эффективны ТМП/СМК, 320/1600 мг в/в каждые 12 ч [66]

* Enterococcus spp., особенно E. faecium, становятся все более устойчивы к антибиотикам [256]. При других энтерококковых инфекциях эффективна монотерапия ампициллином или ванкомицином (если штаммы чувствительны к этим антибиотикам). Бета-лактамы и ванкомицин оказывают бактериостатическое действие. При эндокардите показаны бактерицидные антибиотики, поэтому добавляйте аминогликозиды. При высокой устойчивости к антибиотикам подобрать терапию сложно. 1) Если штамм высоко устойчив к гентамицину и

стрептомицину, но не образует β-лактамазы – ампициллин, 12 г/сут в/в длительно (8–12 нед). 2) Если штамм образует β-лактамазы, но чувствителен к аминогликозидам – ванкомицин + гентамицин x 6 нед. 3) Если штамм устойчив к ванкомицину, образует β-лактамазы и устойчив к аминогликозидам – тейкопеллин и замена клапана. Показана консультация инфекциониста. Ампициллин + ципрофлоксацин in vitro оказывают бактерицидное действие. Многие штаммы E. faecium [112]

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Препараты резерва	Примечания
СЕРДЦЕ (продолжение)					
Инфекционный эндокардит естественных клапанов. Возбудитель известен (продолжение)		Группа микроорганизмов НАСЕК (см. Примечания)	До получения результатов посева обычно применяют бензилпенициллин в высоких дозах (или ампициллин) + гентамицин. Оптимальную схему назначают исходя из чувствительности in vitro. Препарат резерва: цефтриаксон, 2 г в/в 1 раз/сут x 4 нед		НАСЕК – по первым буквам названий медленно растущих, трудно культивируемых грамотрицательных микроорганизмов: Haemophilus parainfluenzae, Haemophilus arthrophilus, Acinetobacter, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella spp. H. arthrophilus устойчив к ванкомицину, клиндамицину, метициллину и, часто, к ампициллину
Инфекционный эндокардит искусственных клапанов. Возбудитель известен	Ранний (в США < 2 мес после операции, в Европе < 4 мес)	S. aureus, энтеробактерии, S. epidermidis, дифтероиды	Ванкомицин + гентамицин + рифамицин x 6 нед	ППен-УП (или Цеф-3п) + гентамицин	S. aureus: гентамицин (максимальный уровень в сыворотке 3 мкг/мл) через 5 сут отменяют и назначают рифамицин. Если через 7–10 сут улучшение не наступает – повторное протезирование. S. epidermidis: 75% штаммов устойчивы к ППен-УП и Цеф-3п (даже если они активны in vitro). Показаны ванкомицин + гентамицин + рифамицин x 14 сут, далее ванкомицин + рифамицин x 4 нед. Часто необходимо повторное протезирование
	Поздний (в США > 2 мес после операции, в Европе > 4 мес)	Candida, Aspergillus spp. Зеленящий стрептококк	Амфотерицин В + фторцитозин		Показано повторное протезирование. Аспергиллезный эндокардит часто сопровождается эмболией магистральных артерий, летальность > 80%
Глобный перикардит		Enterococcus spp.	Как при эндокардите естественных клапанов	Как при эндокардите естественных клапанов (симптомы > 3 мес, с. 51)	
		S. aureus, S. epidermidis	ППен-УП + гентамицин + рифамицин	Ванкомицин + гентамицин + рифамицин	См. Инфекционный эндокардит искусственных клапанов, ранний
		Энтеробактерии	ППен-УП + АГ-АП	ИМП; или ТКЦ/Д; или ППР/ТБ; или АМП/СБ	При тампонаде сердца дренируют полость перикарда

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СИСТЕМНЫЕ ИНФЕКЦИИ БЕЗ ЛИХОРАДКИ					
Ботулизм	Алиментарный. Грудных детей. Раневой	<i>Clostridium botulinum</i>	Антитоксин. Антибиотики не показаны		Антитоксин (поливалентный или типоспецифичный); вспомогательная ИВЛ; гуанидин (проходит испытания). Ботулизм грудных детей (может быть и у взрослых); ампициллин внутрь
Столбняк		<i>Clostridium tetani</i>	Бензилпенициллин в высоких дозах		Необходимо предупредить и устранить судороги; препарат выбора – Дибазепам
СИСТЕМНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ЛИХОРАДКОЙ					
Бруцеллез [148]	У детей старше 6 лет и взрослых	<i>Brucella spp.</i>	Доксицилин + гентамицин (или стрептомицин)	Доксицилин + рифампицин или ТМП/СМК + гентамицин	Доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 6 нед + стрептомицин, 1 г в/м 1 раз/сут x 2 нед; рецидивы у 6%. Доксикалин + рифампицин; рецидивы у 14%. При спондилите доксикалин + рифампицин, возможно, менее эффективны, чем доксикалин + стрептомицин [64]. С помощью автоматического анализатора (API 20 NE) возможно лужное определение <i>Moraxella rhenoyurgensis</i> вместо <i>Brucella melitensis</i> [241]. Монотерапия цитрофлоксацином эффективна, но у 25% рецидивы [94]
Болезнь Kawasaki	У детей от 6 нед до 12 лет, чаще в возрасте 1 года	Неизвестна (ретровирус?), возможно, вирус папилломы человека 6	Антибиотики не показаны. Аспирин + иммуноглобулин в/в		В остром периоде доза аспирина 100 мг/кг/сут внутрь, уровень в сыворотке 20–30 мг%. После нормализации температуры дозу снижают до 3–5 мг/кг/сут. Лечение ≥ 2 мес. Глоукортикоиды противопоказаны. Иммуноглобулин, 2 г/кг в/в за 10 ч, в первые 8 сут предупреждает поражение коронарных артерий [317, 361]
Лаймская болезнь	Укус иксодового клеща в эндемическом районе	<i>Borrelia burgdorferi</i> ; <i>Borrelia garinii</i> (в Европе вызывает нейроборрелиоз; VS 461)	Бессимптомная серопозитивная	Антибиотики не показаны	Лаймской болезнью заражаются 10% укушенных инфицированными клещом. Профилактическое применение антибиотиков оправдано, если риск лаймской болезни в данном районе ≥ 1% [331]

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СИСТЕМНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ЛИХОРАДКОЙ (продолжение)					
Лаймская болезнь (продолжение)	Начальные проявления (хроническая мигрирующая эритема)	<i>Borrelia burgdorferi</i>			При единственном пятном высыпаний длительность лечения меньше. Обзор – см. [56]
	Поражение сердца		Доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 10–21 сут; или амоксициллин, 500 мг внутрь 3 раза/сут x 10–21 сут; или цефуроксим-аксетил, 500 мг внутрь 2 раза/сут x 21 сут; или азитромицин, 500 мг внутрь в 1-е сут, далее 250 мг внутрь 1 раз/сут x 4 сут; или кларитромицин, 500 мг внутрь 2 раза/сут x 21 сут		Прием внутрь только при нетяжелом поражении сердца
	Парез лицевого нерва (в начале болезни, без других нарушений)		Цефтриаксон, 2 г в/в 1 раз/сут x 14 сут; или цефотаксим; или бензилпенициллин в высоких дозах	Доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 21 сут; или амоксициллин	Активность препаратов <i>in vitro</i> не отражает их клиническую эффективность. Так, эритромицин и рокситромицин высокоактивны <i>in vitro</i> , но при лечении ими высока частота рецидивов [175]
	Менингит		Цефтриаксон, 2 г в/в 1 раз/сут x 21 сут	Бензилпенициллин в высоких дозах	
	Артрит		Доксицилин, 100 мг 2 раза/сут x 30 сут; или цефтриаксон x 14 сут		Цефтриаксон не действует на <i>B. burgdorferi</i> в фибробластах. Азитромицин и кларитромицин активны <i>in vitro</i> и накапливаются в клетке, поэтому их можно применять как препараты выбора при тяжелой рецидивирующей болезни [187]. Применение азитромицина и кларитромицина не одобрено FDA
	У беременных				Доксицилин противопоказан

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СИСТЕМНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ЛИХОРАДКОЙ (продолжение)					
Возвратный эпидемический тиф		<i>Borrelia recurrentis</i>	Доксициклин или тетрациклин	Эритромицин или бензилпенициллин	Цефтриаксон, возможно, эффективен, но опубликованных данных нет
Ревматизм	Диагностические критерии – см. табл. 26, с. 180	Стрептококки группы А (осложнение инфекции)	Бензатинбензилпенициллин в/м	См. схему на с. 15	Ревматизм возникает только после фарингита, вызванного стрептококками группы А. Эффективно парентеральное введение бензилпенициллина × 10 сут, начатое в первые 7–9 сут болезни (см. табл. 12А, с. 154; Катаральный фарингит, с. 15)
Риккетсиозы	Пятнистая лихорадка Скалистых гор; эндемический блошиный тиф; сыпной тиф; чумкамуши	<i>Rickettsia</i> spp.	Доксициклин (тетрациклин)	Хлорамфеникол	Сульфаниламиды и ТМП/СМК не показаны [61, 98]. Ципрофлоксацин эффективен при Средиземноморской пятнистой лихорадке, вызванной <i>Rickettsia conorii</i>
Эрлихиоз		<i>Ehrlichia chaffeensis</i>	Доксициклин	Рифампицин	Возбудитель устойчив к хлорамфениколу, ТМП/СМК, ципрофлоксацину [103]
Брюшной тиф		<i>Salmonella typhi</i>	Фторхинолоны или цефтриаксон × 5 сут	Хлорамфеникол × 14 сут	
Чума		<i>Yersinia pestis</i>	Гентамицин или стрептомицин	Доксициклин или хлорамфеникол	
Сепсис неустановленного происхождения [336]	У новорожденных Начало в первые 4 сут (в Европе – 7 сут)	Стрептококки группы В, <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., энтеробактерии, <i>S. aureus</i> (редко), <i>Listeria</i> spp. (в США редко)	Ампициллин + цефотаксим	Ампициллин + АГ-АП (или цефтриаксон)	Посевы крови необходимы, но возбудителей выявляют только у 5–10%. Если результаты посева и течение болезни не позволяют установить диагноз, через 72 ч антибиотки отменяют. В Испании частые возбудители сепсиса – <i>Listeria</i> spp., в Южной Америке – <i>Salmonella</i> . Анаэробы выявляют у 26%, но лечение не показано, за исключением сепсиса, вызванного клостридиями, и менингита, вызванного <i>Bacteroides fragilis</i>

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СИСТЕМНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ЛИХОРАДКОЙ (продолжение)					
Сепсис (продолжение)	У новорожденных Начало через 5 сут и позже	Стрептококки группы В, <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., энтеробактерии, <i>S. aureus</i> , <i>Listeria</i> spp., <i>H. influenzae</i>	Ампициллин + цефотаксим (или цефтриаксон)	Ампициллин + АГ-АП	Если распространен <i>S. aureus</i> , добавляют ППен-УП или ванкомицин
	У детей без иммунодефицита	<i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>S. aureus</i>	Цефотаксим; или цефтриаксон; или цефуроксим	ППен-УП + цефуроксим; или АМП/СБ; или ТКЦ/АП	
	У взрослых без иммунодефицита	Грамположительные коки, азартные грамотрицательные палочки, анаэробы	Цеф-3л (или Пен-АП), или ТКЦ/АП, или ППР/ПБ, или цефокситин, или ампициллин + клиндамицин + АГ-АП; или ИМП	Азтронам вместо АГ-АП; метронидазол + ППен-УП вместо клиндамицина	Определение сепсиса [55]: Бактериомиа: положительный результат посева крови. Сепсис: клинические признаки инфекции, тахипноэ (> 20 мин ⁻¹ , а при ИВЛ > 10 мин ⁻¹), тахикардия (> 80 мин ⁻¹), Септический синдром: сепсис + нарушение перфузии органов, артериальная гипотензия, повышение уровня лактата или олигурия Септический шок: синдром сепсиса + артериальная гипотония (систолическое АД < 90 мм рт. ст. или его снижение на 40 мм рт. ст. по сравнению с исходным), подавляющаяся инфузия жидкости и средств с положительным инотропным действием. Рефрактерный шок: септический шок, не поддающийся инфузионной терапии в течение 1 ч. Синдром полиорганной дисфункции: респираторный дистресс-синдром взрослых, ДВС или почечная недостаточность. Высокие дозы глюкокортикоидов (метилпреднизолона) неэффективны [302, 303]
	У инъекционных наркоманов	<i>S. aureus</i>	ППен-УП + АГ-АП	Ванкомицин + АГ-АП	Тест на антитела к ВИЧ
	После спленэктомии	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>N. meningitidis</i>	Цефотаксим или цефтриаксон	Цефотаксим или цефтриаксон	АМК/КП необходимо иметь дома и самостоятельно принимать при повышении температуры. При аллергии к пенициллину – ТМП/СМК. Иммунизация: пневмококковая, менингококковая вакцина, вакцина против <i>H. influenzae</i>

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Препараты резерва	Примечания
СИСТЕМНЫЕ ИНФЕКЦИИ С ЛИХОРАДКОЙ (продолжение)					
Сепсис (продолжение)	У детей и взрослых с нейтропенией (< 500/ммкл)	Энтеробактерии, <i>Pseudomonas</i> spp., <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , зеленящий стрептококк, <i>Streptobacterium jeikeium</i>	Ванкомицин + АГ-АП + Пен-АП (или Цеф-3л-АП); Цеф-3л-АП; или Пен-АП + АГ-АП ± ванкомицин	Пен-АП (или Цеф-3л-АП) + АГ-АП; или Цеф-3л-АП + Пен-АП; Азтреонам вместе с АГ-АП	Раньше с успехом применяли β-лактамы + аминогликозиды [304] или монотерапию (обычно цефтриаксом) [307]. ИМП так же эффективны, как цефтриаксим + ампицилин, или цефоперазон (или цеф-3л-АП) + пиперациллин [7]; ППР/ТВ (не одобрено FDA) так же эффективны, как цефтриаксим + тобрамицин. Ванкомицин назначают, если подозревают катетерную инфекцию. Резервное лечение: Цеф-3л-АП, если через 96 ч нет эффекта, добавляют ванкомицин [86]. При кандидозе пищевода, выделении <i>Candida</i> spp. с мочой или калом добавляют амфотерицин В [201]
Синдром токсического шока	При хроническом лимфоплейкозе на фоне химиотерапии	<i>Te</i> же + <i>Listeria monocytogenes</i>	Пен-АП + АГ-АП		См. [67, 337]
Стафилококковый	Применение вагинальных тампонов, раны, абсцессы, ожоги и другие очаги размножения стафилококка, после родов	<i>S. aureus</i> (токсигенный)	ППен-УП	Цеф-1n	ППен-УП и цефалоспорины не влияют на течение, но предупреждают рецидивы (возникают у 1/3). Пытаться выявить абсцессы (может быть небольшой). Причиной заболевания могут быть «чистые» послеоперационные раны. Сохратительная функция левого желудочка снижается [68]
Стрептококковый	Ворота инфекции – кожа, органы дыхания, женские половые органы	Стрептококки группы А, В, С	Беназилпенициллин в высоких дозах	Клиндамицин; или эритромицин; или цефтриаксон	Возникает у здоровых молодых людей. Может быть ошибочно диагностирован тромбоз глубоких вен. Часто показана фасциотомия. Даже при раннем лечении летальность 30% [137]. Клиническая картина уменьшается образованием токсина. В опытах на животных препараты резерва более эффективны, чем беназилпенициллин, но результаты клинических испытаний пока нет. Вероятно, целесообразно разное сочетание клиндамицина и беназилпенициллина

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выбор препаратов	Препараты резерва	Примечания
СОСУДЫ					
Катетерная инфекция	В/в инфузия венозные катетеры, установленные на короткое время (нет ожогов и нейтропении)	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i>	Ванкомицин	Если в больничце нет стафилококков, устойчивых к метициллину, вместо ванкомицина – ППен-УП	После удаления катетера сделать посев в бульон [118] или на чашку Петри (отрезают 5 см дистального конца катетера и прокатывают 4–5 раз по поверхности агара [296]); результаты оценивают как положительные при титре бактерий $\geq 10^4$ /мл в бульоне или росте ≥ 15 колоний на агаре. Продолжительность лечения после удаления катетера 10–14 сут [138, 77]. Если доступ к венам затруднен, лечение проводят, не удаляя катетера
	В/в инфузия жировой эмульсии	<i>S. epidermidis</i> <i>Malassezia furfur</i>	Ванкомицин Амфотерицин В		См. [15]
	Имплантационные венозные катетеры туннельного типа (у больных без ожогов и нейтропении)	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Candida</i> spp. (редко)	Ванкомицин	Если в больничце нет стафилококков, устойчивых к метициллину, вместо ванкомицина ППен-УП	Если возбудитель – <i>S. epidermidis</i> , поверхностная инфекция тканей вокруг катетера поддается лечению без удаления катетера у 78–85%, если <i>S. aureus</i> – только у 10%. При инфекции катетерного канала, вызванной <i>S. epidermidis</i> , без удаления катетера лечение эффективно у 20–31%. При инфекции катетерного канала, вызванной <i>S. aureus</i> , лечение без удаления катетера неэффективно [13]. Грибковая инфекция – см. ниже, Полное парентеральное питание, и
	Ожоги, нейтропения	<i>Te</i> же + <i>Pseudomonas</i> spp., энтеробактерии, <i>Sorulebacterium jeikeium</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Rhizopus</i> spp.	Ванкомицин + Цеф-3л-АП (или Пен-АП); или ИМПТ; или Цеф-3л + АГ-АП		Обычно сопровождается септическим тромбозом. Для исключения грибковой инфекции показана биопсия вены. При грибковой инфекции – хирургическое иссечение + амфотерицин В. Изучалась эффективность профилактического назначения антибиотиков (см. табл. 12А, с. 152). Часто прибегают к дренированию, перевязке или удалению вены. Если в маже обнаружены <i>Candida</i> spp. – см. ниже и табл. 8А, с. 106
	Полное парентеральное питание	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Candida</i> spp. (часто)	При кандидозе амфотерицин В	Флуконазол	Удалить венозный катетер, по возможности отменить антибиотики, перевести пациента в отделение офтальмолога. При поточных результатах – провести лечение. Амфотерицин В: общая доза 3 мг/кг может быть неэффективной (эндотальмит, абсцессы), поэтому мы применяем препарат в общей дозе 7 мг/кг, особенно при нейтропении. Эффективность флуконазола изучается

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СОСУДЫ (продолжение)					
Септический тромбоз/флебит малого таза	После родов, аборта или операции на тазовых органах	Стрептококки, <i>Bacteroides</i> spp., энтеробактерии	АГ-АП + клиндамицин (или метронидазол + ампициллин); или цефосокситин; или ТКЦ/КЛ; или ИМПГ; или АМП/СБ	АГ-АП + клиндамицин (или метронидазол + ампициллин); или цефосокситин; или ТКЦ/КЛ; или ИМПГ; или АМП/СБ	При антибиотикотерапии показан гепарин. Длительный прием антикоагулянтов не рекомендуется. Цефотетан менее активен, чем цефосокситин в отношении <i>Bacteroides</i> spp. (кроме <i>B. fragilis</i>) и может увеличить ПВ (профилактически назначают витамин К)
Тромбоз кавернозных синусов		<i>S. aureus</i> , стрептококки группы А, <i>H. influenzae</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Mucor</i> , <i>Rhizopus</i> spp.	ППен-УП + Цеф-3л-АГ; или ИМП	Ванкомицин вместо ППен-УП	Проводят КТ или МРТ. Показан гепарин [236]. Факторы риска грибковой инфекции – кетоцидоз, лечение дефероксамином, нейтропения (см. табл. 8А, с. 104, 110). См. [292]

СТОПА

Диабетическая	Небольшая нелеченая язва	Аэробные грамположительные кококи	Клиндамицин или Цеф-7а		Клиндамицин, 300 мг внутрь 4 раза/сут; или цефалексин, 500 мг 4 раза/сут x 14 сут; заживление у 80% [121]
	Хроническая рецидивирующая язва, угроза ампутации	Полимикробная: аэробные кококи, палочки, анаэробы	При легкой форме: цефосокситин; или ципрофлоксацин + клиндамицин. При тяжелой (септической) форме: ИМП; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ; или ППен-УП + АГ-АП (или азтреонам) + клиндамицин		Исключить острый подагрический артрит. Посев отделяемого из язвы не позволяет выявить возбудителей. Для исключения некротического фасциита и определения возбудителей показана хирургическая обработка и взятие материала из глубоких слоев язвы. Выполнить рентгенографию для исключения газовой гангрены и остеомиелита. Определить рО ₂ артериальным методом: если рО ₂ < 20 мм рт. ст., заживление язвы маловероятно, если > 35 мм рт. ст., заживление у 80% [169]. Избегать давления на пораженный участок [58]. ТКЦ/КЛ и ППР/ГБ эффективны у 60-70% [108]

СУСТАВЫ

Инфекционный артрит	У детей до 3 мес	<i>S. aureus</i> , энтеробактерии, стрептококки группы В	ППен-УП + Цеф-3п	ППен-УП (или ванкомицин, если <i>S. aureus</i> устойчив к метициллину) + АГ-АП	Часта бактериемия
---------------------	------------------	--	------------------	--	-------------------

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
СУСТАВЫ (продолжение)					
Инфекционный артрит (продолжение)	У детей от 3 мес до 6 лет	<i>S. aureus</i> (35%), <i>H. influenzae</i> (15%), стрептококки (10%), энтеробактерии (6%)	ППен-УП (или Цеф-1п) + Цеф-3п	Ванкомицин вместо ППен-УП	<i>H. influenzae</i> : у 3/4 прослежена связь с инфекцией верхних дыхательных путей или средним отитом (артрит возникает через 2 нед после инфекции); <i>S. aureus</i> : у 1/2 связь с инфекцией кожи и мягких тканей. При серповидноклеточной анемии частые возбудители – <i>S. aureus</i> , <i>S. pneumoniae</i> ; <i>H. influenzae</i> – редко. Исключить лаймскую болезнь (см. с. 54–55)
	У взрослых	<i>S. aureus</i> (40%), стрептококки группы А (27%), энтеробактерии (27%)	ППен-УП (или Цеф-1п) + АГ-АП (или ципрофлоксацин); или ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ; или АМП/СБ	Ванкомицин вместо ППен-УП; или ципрофлоксацин + рифампицин	Начальная терапия основывается на бактериоскопии мазка, окрашенного по Граму. Внутрисуставное введение антибиотиков не показано. Для удаления экссудата пунктируют сустав (кроме тазобедренного). Исключить лаймскую болезнь (см. с. 54–55). Эффективны ППР/ГБ (не одобрено FDA)
Риск венерического заболевания	Риск венерического заболевания	<i>N. gonorrhoeae</i>	См. Диссеминированная гонококковая инфекция, с. 43		
	У взрослых с ревматоидным артритом	<i>S. aureus</i> (74%), стрептококки (16%), энтеробактерии (8%)	ППен-УП или Цеф-1п	Ванкомицин; или ципрофлоксацин + рифампицин; или ТКЦ/КЛ; или ППР/ГБ; или АМП/СБ; или ИМП	В одном исследовании показано, что хирургическое дренирование более эффективно, чем пункция сустава [12]
	Искусственный сустав, после операции, после пункции сустава	<i>S. epidermidis</i> (40%), <i>S. aureus</i> (20%), энтеробактерии, <i>Pseudomonas</i> spp.	Ванкомицин + ципрофлоксацин (или азтреонам, или АГ-АП)	ИМП; или (если возбудитель – не <i>S. epidermidis</i>) ципрофлоксацин + рифампицин	Основной метод лечения – операция; антимикробные средства используются как дополнительная мера для подавления инфекции. Выбор начальной терапии основывается на бактериоскопии мазка, окрашенного по Граму; если возбудитель не обнаружен, назначают комбинированную терапию. Некоторые к препаратам выбора добавляют рифампицин

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
СУСТАВЫ (продолжение)					
Инфекционный бурсит		<i>S. aureus</i> , <i>M. tuberculosis</i> (редко), <i>Mycobacterium mageritense</i> (редко)	ППен-УП в/в или внутрь	Цеф-1п; или ванкомицин; или ципрофлоксацин + рифамицин	Сначала – ежедневная аспирация экссудата. Лечение длительное, как минимум 3 нед. При рецидивах – операция
УШИ					
Наружный отит	«Ухо пловца»	<i>Pseudomonas</i> spp., энтеробактерии, <i>Proteus</i> spp., грибы (редко)	Ушные капли: полимиксин В + неомицин + гидрокортизон 4 раза/сут	Миксисикс В + гидрокортизон	Осторожно прочищать слуховой проход. Профилактика рецидивов – после плавания подсушивание спиртовыми каплями (Белый уксус – 1/3, 70% изопропиловый спирт – 2/3), затем капли с антибиотиками или 2% уксусная кислота. Мазь противопоказаны
	Хронический	Обычно при себорее	Ушные капли: полимиксин В + неомицин + гидрокортизон 4 раза/сут	Миксисикс В + гидрокортизон	Лечение себорей: регулярное применение шампуня от перхоти, содержащего сульфид селена, или цинк-пиритион, или серу и салициловую кислоту; а также раствор глюкокортикоидов средней силы действия (триамцинолон, 0,1%)
	Острый, при сахарном диабете	<i>Pseudomonas</i> spp.	ИМП; или ципрофлоксацин; или Цеф-3п-АП; или Пен-АП + АГ-АП	ТКЦ/КЛ	Ципрофлоксацин особенно эффективен для амбулаторного лечения в раннем периоде. Показана осторожная хирургическая обработка. Исключить остеомиелит, КТ более чувствительна, чем рентгенография
Острый средний экссудативный отит	Фурункул наружного слухового прохода	<i>S. aureus</i>			См. Фурункулы, с. 22
	У новорожденных (до 3 мес) в первые 3 сут после рождения	То же, как при отите у детей и взрослых (см. с. 63)	См. ниже, Острый средний отит у детей и взрослых		Предрасполагающие факторы – расщелина неба, гипотония, умственная отсталость (синдром Дауна)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты		Примечания
			выбора	резерва	
УШИ (продолжение)					
Острый средний экссудативный отит (продолжение)	У новорожденных (до 3 мес)	Те же, как при отите у детей и взрослых (см. ниже) + энтеробактерии (21%), стрептококки группы В	АМК/КЛ; или ТМП/СМК; или Цеф-2в; или Цеф-3в	При необходимости парентерального введения – Цефотаксим; или ампициллин + гентамицин	Препараты внутрь назначают при нормальной температуре, стабильном и малосимптомном течении. Если через 48 ч улучшение не наступает или повышается температура, показана пункция барабанной перепонки и парентеральная терапия. Исключить септицемию
	У детей и взрослых	<i>S. pneumoniae</i> (30%), <i>H. influenzae</i> (22%), <i>Moraxella catarrhalis</i> (7%), стрептококки группы А (2%), <i>S. aureus</i> (1%), энтеробактерии (1%)	Амоксициллин; или АМК/КЛ; или ТМП/СМК; или цефтриаксон (однократно), или Цеф-2в; или Цеф-3в [355]	Эритромицин/сульфилоксазол, Докланта эффективность тримопромицина и азитромицина (не одобрено FDA)	Возбудителей не обнаруживают у 35%. Распространенность микроорганизмов, образующих β-лактамазы, в разных популяциях варьирует. По данным кооперативных исследований штаммы <i>M. catarrhalis</i> , образующие β-лактамазы, составляют 80–95% <i>H. influenzae</i> , тип В – 10–25%, нетипируемые <i>H. influenzae</i> – 12–45% [368]. Цефуроксим-аксетил более активен, чем цефалор, цефтриаксим, цефуроксим, цефалоспорины-проксетил [141]. После однократного введения цефтриаксона (50 мг/кг в/м) излучение у 91% [363]. Частота рецидивов не определена. Пункция барабанной перепонки может ускорить излечение и уменьшить стерильную экссудацию (наблюдается у 70% грудных детей в первые 2 нед. лечения)
Хронический средний отит	Длительная (> 48 ч) назальная интубация	<i>Pseudomonas</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterobacter</i> spp.	Цеф-3п-АП; или ТМК/КЛ; или фторхинолоны		При длительной назотрахеальной интубации экссудативный отит возникает у 1/3
	Включая рецидивирующее и длительное течение острого отита	Те же, как при остром отите	Как при остром отите		Ежедневный однократный прием амоксициллина или сульфаксазола в зимне-весенний период предотвращает рецидивы; детей обследовать ежесезонно для выявления экссудации. Эффективно постоянное дренирование барабанной полости. См. табл. 12А, с. 155

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выборы	Препараты резерва	Примечания
Острый мастоидит	Легкое течение, лечение амбулаторное	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>S. aureus</i>	Диклоксалин; или Цеф-з; или АМК/КП	Эритромицин; или азитромицин, или кларитромицин	Пока: ания к операции; флюктуация в заушной области, постоянное гноеотечение, костные изменения (по данным МРТ, КТ, рентгенографии), внутримочевые осложнения
	Тяжелое течение, лечение в стационаре		ППен-УП или Цеф-1п	Ванкомицин	
Хронический мастоидит		Полимикробная: анаэробы, <i>S. aureus</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , энтеробактерии	См. Примечания		За 3-5 сут до операции назначают ИМП или ТКЦ/КП. Далее терапию проводят на основании результатов посева операционного материала и определения чувствительности возбудителя. Эмпирическое лечение не показано
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА					
Абсцесс головного мозга	Ототенный (поражение височной, теменной долей или мозжечка) или неизвестного происхождения	Полимикробная: зеленящий стрептококк, анаэробные стрептококки, <i>Bacteroides spp.</i> , энтеробактерии	Бензилпенициллин в высоких дозах + метронидазол (кроме цефоперазона)	Бензилпенициллин в высоких дозах + метронидазол	Если при КТ обнаружены признаки энцефалита [207] или абсцессы < 2,5 см, а большой в создании и неврологические нарушения не нарастают, назначить антибиотики и наблюдать. При нарастании неврологических нарушений, как правило, требуется хирургическое вмешательство. Эффективны бензилпенициллин в высоких дозах + метронидазол без Цеф-3п и ППен-УП. Мы назначаем Цеф-3п в связи с частым обнаружением энтеробактерий. В отсутствие бак-териемии и эндокардита <i>S. aureus</i> редко вызывает абсцесс мозга. <i>Streptococcus milleri</i> часто вызывает абсцессы
	Распространенное из лобной пазухи	Анаэробы, стрептококки (в том числе <i>S. pneumoniae</i>), <i>H. influenzae</i>	Бензилпенициллин в высоких дозах + метронидазол		
	У молодых	Те же + <i>S. aureus</i>	ППен-УП + метронидазол		
	После операции, травмы	<i>S. aureus</i> , энтеробактерии	ППен-УП + Цеф-3п + рифампицин	Ванкомицин + Цеф-3п + рифампицин	При госпитальной инфекции, предположительно вызванной <i>S. aureus</i> , устойчивым к метциллину, вместо ППен-УП используют ванкомицин

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выборы	Препараты резерва	Примечания
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА (продолжение)					
Абсцесс головного мозга (продолжение)	При ВИЧ-инфекции [376]	<i>Toxoplasma gondii</i>	Пириметамин, 200 мг внутрь в 1-е сут, далее 50-75 мг	Пириметамин + Фоллинат кальция + витамин В12 575 мг/кг	См. табл. 10, с. 131-132. МРТ более чувствительна, чем КТ. Лечение начинают, если обнаружены контрастные очаги и титр токсоплазм > 1:64 [124]. Благоприятные результаты получены у 86% через 7 сут лечения [346]. Если через 10-14 сут улучшения не наступает, показана биопсия мозга. При множественных очагах с низкой плотностью, локализованных в базальных ганглиях, не исключена прогрессирующая мультиочаговая лейкоэнцефалопатия. Если в месте поражения большого распространена туберкулез, возможен туберкулезный абсцесс мозга, особенно при отрицательной серологической реакции на токсоплазмы
			1 раз/сут + фоллинат кальция, 10 мг внутрь, в/а 1 раз/сут + сульфадiazин, 1-1,5 г внутрь, каждые 6 ч (или клиндамицин, 600 мг внутрь, в/а каждые 6 ч). Длительность лечения 3-6 нед	внутрь, в/а каждые 6 ч (или кларитромицин, 1 г внутрь, каждые 12 ч, или азитромицин, 1,5 г внутрь 1 раз/сут, или атовазон, 750 мг внутрь, каждые 6 ч, или дапсон, 100 мг внутрь 1 раз/сут)	
Субдуральная эмпиема	У детей до 5 лет	Как при менингите у детей (см. с. 66)			
	У взрослых (у 60-80% - осложнение синусита и среднего отита)	Анаэробы, стрептококки (<i>S. pneumoniae</i>), <i>H. influenzae</i>	Бензилпенициллин в высоких дозах + метронидазол		Характерно сочетание менингеальных и очаговых неврологических симптомов. При отрицательных результатах КТ проводят ангиографию. Показана экстренная операция, дренирование
Менингит	После нейрохирургического вмешательства, черепно-мозговой травмы, травмы позвоночника	<i>S. aureus</i> , энтеробактерии, <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>S. pneumoniae</i>	Ванкомицин + цефтазидим (при псевдомонадной инфекции дополнително гентамицин в/а + интратекально)		Цеф-1п не показаны. При псевдомонадном менингите применяют цефтазидим + гентамицин в/а + гентамицин интратекально (4 мг каждые 12 ч), при вовлечении желудочков мозга более эффективно внутримозговое введение (4 мг каждые 12 ч). Ципрофлоксацин (400 мг в/а каждые 12 ч) привел к излечению у 18 из 20 больных, но проникновение препарата в СМЖ непредсказуемо [11]

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выборы	Препараты резерва	Примечания
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА (продолжение)					
Менингит (продолжение)	Ликворея	<i>S. pneumoniae</i>	Цефотаксим или цефтриаксон		См. Менингит у детей старше 7 лет и взрослых до 50 лет, с. 67
	Вентрикулярно-перитонеальный и другие шунты ЦНС	<i>S. epidermidis</i> , дифтероиды, энтеробактерии (редко)	Ванкомицин + рифампицин (если в СМЖ выявлены грамотрицательные палочки, назначают Цеф-3п)		Болезнь редко поддается лечению без удаления шунта
	У детей до 1 мес	Стрептококки групп В и D, энтеробактерии, <i>Listeria spp.</i>	Ампициллин + Цеф-3п (или гентамицин)	Амикацин, если в отделении $\geq 10\%$ штаммов устойчивы к гентамицину	У новорожденных с низким весом концентрация АГ-АП в сыворотке непредсказуема, необходим ее мониторинг. При лечении цефотаксимом в БИТ для новорожденных могут образовываться штаммы, устойчивые к антибиотку. Цефотаксим и цефтриаксон неактивны в отношении листерий и стрептококков группы D, поэтому одновременно назначают ампициллин. Хлорамфеникол + ампициллин in vivo активны в отношении стрептококков группы В
	У детей 1–3 мес	Те же + <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i>	Ампициллин + цефотаксим (или цефтриаксон) + дексаметазон	Хлорамфеникол + гентамицин	
	У детей от 3 мес до 7 лет	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>H. influenzae</i> (после иммунной защиты против <i>H. influenzae</i> типа b менингит, вызванный этим возбудителем, практически не возникает [1])	Цефтриаксон (или цефотаксим) + Дексаметазон	Ампициллин	При менингите, вызванном <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , длительность лечения – 7 сут; если же на 7 сут в СМЖ число лейкоцитов $> 200/мкл$, уровень глюкозы < 30 мг% или белка > 200 мг%, лечение продлевают до 10 сут [356, 357]. После завершения лечения менингита, вызванного <i>H. influenzae</i> , профиллактически назначают рифампицин (не применять в сочетании с хлорамфениколом). Доказано, что глюкокортикоиды снижают летальность и частоту осложнений (дексаметазон, 0,15 мг/кг каждые 6 ч за 15–20 мин до введения антибиотиков \times 4 сут [316]), или 0,4 мг/кг каждые 12 ч \times 2 сут [260]

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Выборы	Препараты резерва	Примечания
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА (продолжение)					
Менингит (продолжение)	У детей старше 7 лет и взрослых до 50 лет	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>Listeria monocytogenes</i>	Цефотаксим (или цефтриаксон) + ампициллин в высоких дозах (или бензилпенициллин в высоких дозах) + дексаметазон	При незначительной аллергии к пенициллинам – цефтриаксон (или бензилпенициллин в высоких дозах) При выраженной аллергии: хлорамфеникол + ТМП/СМК	Цефалоспорины неактивны в отношении <i>L. monocytogenes</i> . Для лечения более высокого уровня пеницилина в СМЖ его вводят в/в струйно [49]. Ингибиторы β -лактамаз неэффективны при менингите (слабо проникают в СМЖ). Хотя ванкомицин рекомендован для лечения инфекции, вызванных <i>S. pneumoniae</i> с множественной лекарственной устойчивостью, он часто (γ 36%) неэффективен; необходим мониторинг уровня ванкомицина в СМЖ [93]. Сведений об эффективности дексаметазона у взрослых недостаточно, его применяют при повышении внутричерепного давления и выраженном поражении ЦНС. Хлорамфеникол не оказывает бактерицидного действия и не показан, если <i>S. pneumoniae</i> устойчивы к антибиотикам
	Старше 50 лет и у ослабленных (алкоголизм и другие болезни). См. Менингит после нейрохирургического вмешательства, с. 65)	<i>S. pneumoniae</i> (редко); энтеробактерии, <i>H. influenzae</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Pseudomonas spp.</i>	Цефотаксим (или цефтриаксон) + ампициллин; или бензилпенициллин в высоких дозах	Хлорамфеникол + ТМП/СМК	Если в мазке СМЖ выявлены грамположительные диплококки или микроорганизмы не обнаружены, – цефотаксим (или цефтриаксон) + ампициллин. Если <i>S. pneumoniae</i> чувствительны к пенициллину – бензилпенициллин в высоких дозах

* В США к внебольничным инфекциям часто приводят устойчивые к антибиотикам штаммы *S. pneumoniae* [287]. Наиболее часто встречается устойчивость к пенициллинам; она может быть относительной (МПК 0,1–0,9 мкг/мл) и устойчивой (МПК ≥ 1 мкг/мл). В лабораториях выделяемые штаммы *S. pneumoniae* необходимо исследовать на устойчивость. Устойчивые штаммы дают зону задержки роста диаметром 20 мм вокруг диска с 1 мкг оксациллина, для этих штаммов необходимо определять МПК. 30–60% штаммов *S. pneumoniae*, выделенных у детей, посещающих дошкольные учреждения, устойчивы. Около 50% штаммов устойчивы к ванкомицину и рифампицину. Другая половина штаммов

обладает высокой устойчивостью, из них 25–50% устойчивы к цефотаксиму [109]. При менингите назначают только те антибиотики, к которым сохранена чувствительность *S. pneumoniae*: при инфекции другой локализации допустимо назначение высоких доз антибиотиков, к которым возбудитель относительно устойчив. Среди всех устойчивых штаммов *S. pneumoniae* 25–50% устойчивы к эритромицину, ТМП/СМК и хлорамфениколу. Все штаммы чувствительны к ванкомицину и рифампицину. Около 80% штаммов относятся к серотипам 6А, 6В, 19F, 23F (все серотипы, кроме 6А, входят в состав 23-валентной пневмококковой вакцины)

Локализация инфекции. Диагноз	Дополнительные условия	Возбудители, этиология	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечания
Менингит (продолжение)	При ВИЧ-инфекции	<i>S. pneumoniae</i> , (редко: энтеробактерии, <i>H. influenzae</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Pseudomonas spp.</i>) + <i>Streptococcus neoformans</i> , <i>M. tuberculosis</i> , <i>Treponema pallidum</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> . Возможен и асептический менингит	Криптококковый менингит: амфотерицин В, далее флуконазол внутрь (см. Примечания)	Криптококковый менингит: флуконазол внутрь (см. Примечания)	Самый частый возбудитель менингита при СПИДе – <i>S. pneumoniae</i> ; амфотерицин В, 0,5–0,8 мг/кг/сут в/в, до прекращения лихорадки, головной боли, тошноты, рвоты; далее флуконазол, 400 мг/сут внутрь x 8–10 нед; далее флуконазол, 200 мг/сут внутрь пожизненно. При тяжелой инфекции (нормальное психическое состояние, в СМЖ > 20 лейкоцитов/мкл, титр криптококкового антигена < 1:1024) некоторые применяют флуконазол как препарат выбора: 400 мг/сут внутрь x 6–10 нед, далее 100–200 мг/сут внутрь пожизненно. Менингит вызывают также <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , возбудители туберкулеза, сифилиса, гистоплазмоза, кокцидиоза, вируссы. Необходимы исследования крови (включая посев) и СМЖ. Лечение начинают, если возбудитель обнаружен в препарате, контролируемом титром, или выявлен криптококковый антиген. Риск инфицирования <i>L. monocytogenes</i> при СПИДе возрастает в 60 раз, 75% случаев составляет менингит [151]
Лептоспироз	Контактирующие с больными менингококками и менингитом, вызванным <i>N. meningitidis</i> или <i>H. influenzae</i>	<i>Leptospira interrogans</i>	Рифампицин или спирамицин	Цефтриаксон	Для профилактики инфекции во многих европейских странах применяют спирамицин. См. табл. 12А, с. 153
				Доксициклин или бензилпенициллин в высоких дозах	

Таблица 2. Антимикробные средства, эффективные против отдельных микроорганизмов

Микроорганизм	Препараты		
	Выбора	Резерва	Второго ряда ^a
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ИМП; фторхинолоны + амикацин (или цефтазидим)	К ИМП устойчивы 5% штаммов, встречается устойчивость к фторхинолонам	
<i>Actinomyces israelii</i>	Ампициллин, бензилпенициллин	Доксициклин	Клиндамицин, эритромицин, Цеф-3п, ИМП
<i>Aeromonas hydrophila</i>	Фторхинолоны	ТМП/СМК	АГ-АП, ИМП, Цеф-3п
<i>Alcaligenes xylosoxydans ssp. xylosoxydans</i> (<i>Achromobacter xylosoxydans</i>)	ИМП	ТМП/СМК, Пен-АП, цефтазидим, ТКЦ/КЛ	Устойчивы к АГ-АП, Цеф-1п, Цеф-2п, Цеф-3п, фторхинолонам
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Эритромицин, феноксиметилпенициллин	Бензатинбензилпенициллин	Чувствительны к большинству препаратов, устойчивы к ТМП/СМК [113]
<i>Bacillus anthracis</i> (возбудитель сибирской язвы)	Ципрофлоксацин, доксициклин	Бензилпенициллин, эритромицин	
<i>Bacillus cereus</i>	Ванкомицин, клиндамицин	Фторхинолоны, гентамицин	
<i>Bacteroides fragilis</i>	Метронидазол	Клиндамицин	Цефокситин, ИМП, ТКЦ/КЛ, ППР/ЛБ, АМП/СБ, цефметазол, цефотетан
<i>Bacteroides</i> , группа DOT ^b			Те же, кроме цефотетана
<i>Bordetella pertussis</i> (возбудитель коклюша)	Эритромицин	ТМП/СМК	
<i>Borrelia burgdorferi</i> (возбудитель лаймской болезни) (зависит от стадии, см. табл. 1, с. 54–55)	Цефтриаксон, цефотаксим, доксициклин	Бензилпенициллин в высоких дозах, амоксициллин, цефуросим-аксетил, азитромицин	Кларитромицин
<i>Borrelia recurrentis</i>	Доксициклин	Эритромицин	Бензилпенициллин
<i>Brucella spp.</i>	Доксициклин + гентамицин (или рифампицин)	Доксициклин, ТМП/СМК, хлорамфеникол	[149]
<i>Campylobacter fetus ssp. fetus</i>	ИМП	Гентамицин	Ампициллин, хлорамфеникол
<i>Campylobacter jejuni</i>	Эритромицин	Фторхинолоны	Клиндамицин, гентамицин, доксициклин

Микроорганизм	Препараты		
	Выбора	Резерва	Второго ряда ^а
<i>Capnocytophaga gingivalis</i> (DF-1), <i>Capnocytophaga canimorsus</i> (DF-2)	Клиндамицин	АМК/КЛ, цiproфлорсацин	Цеф-3п, ИМП, цефокситин, фторхинолоны. Устойчивы к АГ-АП, ванкомицину, азтреонаму
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Доксициклин	Эритромицин	Азитромицин, кларитромицин
<i>C. trachomatis</i>	Доксициклин, азитромицин	Эритромицин, офлоксацин	Цiproфлорсацин
<i>Citrobacter diversus</i> , <i>Citrobacter freundii</i>	ИМП	Фторхинолоны	АГ-АП
<i>Clostridium difficile</i>	Метронидазол внутри	Ванкомицин внутри	Бацитрацин внутри
<i>Clostridium perfringens</i> , <i>Clostridium tetani</i>	Бензилпенициллин	Доксициклин	Эритромицин, хлорамфеникол, цефазолин, цефокситин, Пен-АП, ИМП
<i>Corynebacterium jeikeium</i>	Ванкомицин	Цiproфлорсацин	
<i>Corynebacterium diphtheriae</i> (возбудитель дифтерии)	Эритромицин	Бензилпенициллин	Клиндамицин, рифампицин
<i>Soxiella burnetii</i> (возбудитель лихорадки Ку) Острая стадия	Доксициклин, эритромицин		
Хроническая стадия	Цiproфлорсацин; доксициклин + рифампицин	Фторхинолоны + доксициклин	Хлорохин + доксициклин [110]
<i>Edwardsiella tarda</i>	Ампициллин	Цефалотин	АГ-АП, хлорамфеникол, цiproфлорсацин
<i>Ehrlichia chaffeensis</i>	Доксициклин	Рифампицин	Устойчивы к хлорамфениколу, цiproфлорсацину [103]
<i>Eikenella corrodens</i>	Бензилпенициллин, ампициллин	ТМП/СМК	Доксициклин, цефокситин, цефотаксим, ИМП. Устойчивы к клиндамицину
<i>Legobacter</i> spp.	ИМП; Пен-АП + АГ-АП	ТКЦ/КЛ, цiproфлорсацин	
<i>Enterococcus faecalis</i>	Бензилпенициллин (или ампициллин) + гентамицин	Ванкомицин + гентамицин	Ампициллин. Выбор препарата зависит от локализации инфекции. При инфекции мочевыводящих путей эффективны фторхинолоны. Встречается высокая устойчивость

Микроорганизм	Препараты		Второго ряда ^а
	Выбора	Резерва	
<i>Enterococcus faecium</i> , образующие β-лактамазы, высокоустойчивые к аминогликозидам, устойчивые к ванкомицину	Эффективные схемы лечения не разработаны. При эндокардите и других угрожающих жизни инфекциях показана консультация инфекциониста		См табл 1 с 52
<i>Erysipelothrix rhusiopathiae</i>	Бензилпенициллин, ампициллин	Цеф-1п	Устойчивы к ванкомицину
<i>E. coli</i> (кишечная палочка)	Чувствительны к пенициллинам в сочетании с ингибиторами β-лактамаз, цефалоспорином, фторхинолоном, ТМП/СМК, АГ-АП, нитрофурантоину, ИМП. Выбор препарата зависит от локализации инфекции; при заболевании мочевыводящих путей назначают препараты для приема внутрь, при менингите – Цеф-3п, ИМП, цiproфлорсацин парентерально		
<i>Flavobacterium meningosepticum</i>	Ванкомицин	ТМП/СМК	Рифампицин, эритромицин, цiproфлорсацин. Чувствительность in vitro может не совпадать с клинической эффективностью
<i>Francisella tularensis</i> (возбудитель туляремии)	Стрептомицин, гентамицин	Доксициклин	Хлорамфеникол, Цеф-3п, рифампицин
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Метронидазол	Клиндамицин	
<i>Haemophilus aphrophilus</i>	Бензилпенициллин + гентамицин	Цефалотин + гентамицин	Устойчивы к ванкомицину, клиндамицину, метициллину, часто к ампициллину
<i>Haemophilus ducreyi</i> (возбудитель мягкого шанкра)	Азитромицин, цефтриаксон	Эритромицин, АМК/КЛ, цiproфлорсацин	
<i>H. influenzae</i> Менингит, эпиглоттит и другие угрожающие жизни инфекции	Цефотаксим, цефтриаксон	ТМП/СМК, ИМП, цiproфлорсацин, ампициллин (если штамм не образует β-лактамазы)	Хлорамфеникол (исключен из препаратов первого ряда из-за токсического действия на кроветворение). В США к ампициллину устойчивы 25–30% штаммов, в Японии – 35%
Не угрожающие жизни инфекции	АМК/КЛ, Цеф-2в, Цеф-3в, ТМП/СМК, азитромицин, кларитромицин, АМП/СБ		
<i>Hafnia alvei</i>	АГ-АП, ИМП	Хлорамфеникол	
<i>Klebsiella ozaenae</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> ssp. <i>rhinoscleromatis</i>	Цiproфлорсацин	Рифампицин + ТМП/СМК	[257]
<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Klebsiella oxytoca</i>	Цеф-3п, цiproфлорсацин	АГ-АП, ТКЦ/КЛ, АМП/СБ	Пен-АП, ТМП/СМК, ИМП, азтреонам
<i>Legionella</i> spp. (36 видов)	Эритромицин ± рифампицин	Азитромицин, кларитромицин	ТМП/СМК, пefлорсацин (эффективность других фторхинолонов не изучена)

Микроорганизм	Препараты		
	Выбора	Резерва	Второго ряда ^а
<i>S. pneumoniae</i> (пневмококк)	Бензилпенициллин	Эффективны многие препараты. Фторхинолоны не всегда эффективны. АГ-АП неэффективны	В Южной Африке и Европе распространены штаммы с множественной устойчивостью, в США их число возрастает, распространены серотипы 23F и 19A [143]
Штаммы, устойчивые к пеницилину (МПК > 2)	Ванкомицин	Цеф-3л	Быстрое развитие устойчивости к рифампицину (см. табл. 1, с. 67)
<i>Streptococcus pyogenes</i> , группа А	Бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин	Все β-лактамы, эритромицин	Во Франции и Японии распространены штаммы, устойчивые к макролидам
<i>Vibrio cholerae</i>	Доксициклин, фторхинолоны	ТМП/СМК	К ТМП/СМК устойчивы штаммы серогруппы O139
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Доксициклин, фторхинолоны		
<i>Vibrio vulnificus</i>	Доксициклин + цефтазидим	Хлорамфеникол	
<i>Xanthomonas (Pseudomonas) maltophilia</i>	ТМП/СМК	ТКЦ/КЛ, ципрофлоксацин, офлоксацин	Миноциклин, некоторые штаммы (< 50%) чувствительны к цефоперазону, цефтазидиму
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Цеф-3л + АГ-АП	Доксициклин	[153]
<i>Yersinia pestis</i>	Стрептомицин, гентамицин	Хлорамфеникол, доксициклин	

^а Препараты второго ряда не всегда так же эффективны, как препараты выбора и резерва. Препарат резерва или второго ряда назначают в зависимости от чувствительности возбудителя *in vitro*, фармакокинетики и стоимости препарата, функции почек, печени, слуха.

^б *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides ovatus*, *Bacteroides thetaiotaomicron*

Таблица 3. Длительность антибиотикотерапии

Локализация инфекции	Диагноз	Длительность терапии (сут)
Бактериемия	Бактериемия с удаляемым источником инфекции	10–14 [138]
Глотка	Фарингит (тонзиллит), вызванный стрептококками группы А	10 (Цеф-2в, Цеф-3в и азитромицин – 5)
	Дифтерия	14
	Носители стрептококков группы А	7 (см. табл. 1, с. 15)
Желудочно-кишечный тракт	Бактериальная дизентерия	3
	Брюшной тиф	14 (цефтриаксон, 4 г/сут × 5 сут) [107]
	Псевдомембранозный энтероколит	10
Кожа	Целлюлит	3 сут после исчезновения воспаления
	Дифтерия (кожная форма)	7
Кости	Остеомиелит	Острый, у взрослых
		Хронический, у взрослых
	Острый, у детей	Вызванный стафилококками и энтеробактериями
		Вызванный стрептококками, менингококками, <i>Haemophilus spp.</i>
42	До нормализации СОЭ (часто > 3 мес)	
21 ^а	14 ^а	
Легкие	Пневмония	3 сут после нормализации температуры (минимум 5 сут)
	Вызванная <i>S. pneumoniae</i>	
	Вызванная энтеробактериями и <i>P. aeruginosa</i>	
	Вызванная стафилококками	21
	Пневмоцистная пневмония	21
	При СПИДе	
	При других формах иммунодефицита	
Болезнь легионеров		
Абсцесс легкого	Обычно 42–56 ^б	
Мочевыводящие пути	Цистит	3
	Пиелонефрит	14
	Рецидивирующий (или отсутствие эффекта через 14 сут лечения)	42
Мышцы	Газовая гангрена	10
Нос	Риносклерома, озопа	28 [257]

Локализация инфекции	Диагноз	Длительность терапии (сут)
Пазухи носа	Острый синусит	10
Половые органы	Негонококковый уретрит	7 (азитромицин – однократно)
	Инфекции тазовых органов	14
	Цервицит, слизисто-гнойный	7 (доксикалин)
	Венерическая лимфогранулема	21
Предстательная железа	Хронический простатит	ТМП/СМК – 90–120, фторхинолоны – 28
Сердце	Инфекционный эндокардит естественных клапанов	
	Вызванный зеленым стрептококком	14 или 28 (см. табл. 1, с. 51, 52, 53)
	Вызванный <i>Enterococcus</i> spp.	28 или 42 (см. табл. 1, с. 51, 52, 53)
	Вызванный <i>S. aureus</i>	14 или 28 (см. табл. 1, с. 51, 52, 53)
	Перикардит	28
Системные инфекции	Бруцеллез	42 (стрептомицин и гентамицин – 14)
	Туляремия	10
	Лаймская болезнь	См. табл. 1, с. 54–55
	Пятнистая лихорадка Скалистых гор	4 сут после нормализации температуры
Суставы	Инфекционный артрит	21
	У детей	Как при остеомиелите (см. выше)
	Гонококковый артрит или диссеминированная гонококковая инфекция	7
Уши	Острый средний экссудативный отит	10 (цефтриаксон – однократно)
Центральная нервная система	Менингит ^а	14
	Вызванный <i>Listeria monocytogenes</i>	21–42 (при иммунодефиците дольше)

Таблица содержит рекомендации по минимальной или средней продолжительности лечения, которые не следует воспринимать как обязательные. При многих инфекциях эффективен и экономически целесообразен ранний (через 72 ч) переход с парентерального введения на прием препаратов внутрь [19].

^а В тех случаях, когда через 7 сут исчезли симптомы и к моменту отмены препаратов нормализовалась СОЭ [2].

^б Через 4–5 сут после нормализации температуры препараты назначить внутрь.

^в Менингит у детей – см. табл. 1, с. 66–67; рецидивы после лечения возникают редко; практика наблюдения в стационаре в течение 1–2 сут после отмены препаратов себя не оправдывает. Мы рекомендуем лечить менингит, особенно пневмококковый, в течение 14 сут, хотя другие часто отменяют терапию через 10 сут

Таблица 4А. Антимикробные спектры

Микроорганизмы	Цефалоспорины																							
	Цеф-1п	Цеф-2п				Цеф-3п, Цеф-4п				Для приема внутрь														
	Цефазолин	Цефалотин	Цефамандол	Цефметазол	Цефокситин	Цефонид	Цефотетан	Цефуроксим	Цефоперазон	Цефотасидим	Цефтазидим	Цефтриаксон	Цефепим	Цефалорексил	Цефалексин	Лоразарбеф	Цефаклор	Цефпрозил	Цефуроксим-аксетил	Цефтагел-пикосил	Цефиксим	Цефподоксим	Цефтибутен	
Грамположительные																								
<i>Streptococcus</i> групп А, В, С, G	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>S. pneumoniae</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Зеленый стрептококк	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Enterococcus faecalis</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S. aureus</i> :																								
чувств. к метициллину	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
устойч. к метициллину	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
<i>S. epidermidis</i>	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
<i>Corynebacterium jeikeium</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Listeria monocytogenes</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Грамотрицательные																								
<i>N. gonorrhoeae</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>N. meningitidis</i>	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Moraxella catarrhalis</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>H. influenzae</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>E. coli</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Klebsiella</i> spp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Enterobacter</i> spp.	-	-	-	-	-	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Serratia</i> spp.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Salmonella</i> spp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Shigella</i> spp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Proteus mirabilis</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Proteus vulgaris</i>	-	-	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Providencia</i> spp.	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Morganella</i> spp.	-	-	+	+	+	+	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Citrobacter</i> spp. ^а	-	-	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Aeromonas</i> spp.	-	-	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Acinetobacter</i> spp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>P. aeruginosa</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Pseudomonas cepacia</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Xanthomonas maltophilia</i> ^б	-	-	-	-	-	-	-	-	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Yersinia enterocolitica</i>	-	-	-	-	-	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Legionella</i> spp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Pasteurella multocida</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Haemophilus ducreyi</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Анаэробы																								
<i>Actinomyces</i> spp.	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Bacteroides fragilis</i>	-	-	-	+	+	-	±	-	-	±	-	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Prevotella melaninogenica</i> ^в	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Clostridium difficile</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Clostridium</i> spp. (кроме <i>C. difficile</i>)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Peptostreptococcus</i> spp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Таблица 4Б. Антимикробный спектр цефалоспоринов

Цефалоспорины первого поколения для парентерального введения: цефалотин, цефазолин, цефепим, цефтриаксон, цефазолин (проходит испытания). Высокоактивны в отношении грамположительных кокков, менее активны в отношении грамотрицательных палочек (*E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*), неактивны в отношении энтерококков.

Цефалоспорины второго поколения для парентерального введения: цефамандол, цефокситин, цефуросим, цефметазол, цефоницид, цефотетан.

Препараты группы цефуросима близки к цефалоспорином первого поколения по действия на грамположительные кокки, более активны в отношении *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* и активны в отношении *H. influenzae*, некоторых штаммов *Enterobacter*, *Serratia*, *Neisseria*, анаэробов; неактивны в отношении *Pseudomonas* spp.

Цефамицины менее активны в отношении грамположительных бактерий, чем цефалоспорины первого поколения. Высокоактивны в отношении *Bacteroides* spp.

Цефалоспорины третьего поколения для парентерального введения

Цефалоспорины с умеренной активностью в отношении псевдомонад: цефотаксим, латамоксиф, цефтизоксим, цефтриаксон. Менее активны в отношении грамположительных кокков, чем цефалоспорины первого поколения. Высокоактивны в отношении *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* spp. Не всегда активны в отношении *Serratia*, *Enterobacter*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas* spp. Умеренно активны в отношении анаэробов.

Цефалоспорины с высокой активностью в отношении псевдомонад: цефоперазон, цефтазидим, цефсулодин (проходит испытания). Высокоактивны в отношении *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* spp. Малоактивны в отношении аэробных грамположительных кокков. Так же активны в отношении грамотрицательных палочек, как другие цефалоспорины третьего поколения. Высокоактивны в отношении *P. aeruginosa*.

Цефалоспорины четвертого поколения для парентерального введения: цефепим, цефпиром. Более активны в отношении грамположительных кокков, энтеробактерий и *P. aeruginosa*, чем цефалоспорины третьего поколения

Активность цефалоспоринов in vitro [114]

Микроорганизм	Цеф-1п	Цеф-2п		Цеф-3п		Цеф-4п
		Цефу-роксим	Цефо-кситин	Цефотаксим, цефтриаксон	Цефта-зидим	
Стафилококки	+++	++	++	+++	++	+++
Стрептококки	+++	++	++	+++	++	+++
Энтерококки	-	-	-	+	-	+
<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., <i>Proteus mirabilis</i>	++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Serratia marcescens</i>	-	++	+	++	++	+++
<i>H. influenzae</i>	++	+++	++	+++	+++	+++
<i>P. aeruginosa</i>	-	-	-	+	++	++
<i>Bacteroides fragilis</i>	-	++	+++	++	-	-

(-) – чувствительны < 50% штаммов, (+) – чувствительны 50–80% штаммов, (++) – чувствительны 81–95% штаммов, (+++) – чувствительны > 95% штаммов

Таблица 5А. Фармакокинетика антимикробных средств

Препараты	Пути введения	Прием внутрь		T _{1/2} (ч)	Связывание белками (%)
		Во время еды	Биодоступность (%)		
ПРИРОДНЫЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ					
Бензилпенициллин	в/в, в/м, внутрь	-	15	0,5	65
Феноксиметилпенициллин	внутрь	+	35	1,0	80
АМИНОПЕНИЦИЛЛИНЫ					
Амоксициллин	внутрь	+	60	1,0	17
АМК/КЛ	внутрь	+	60	1,3	20/30
Ампициллин	внутрь, в/в, в/м	-	40	1,0	18–22
АМП/СБ	в/в, в/м			1,0	28/38
Бакампициллин	внутрь	+	75	1,0	18–22
ПЕНИЦИЛЛИНЫ, АКТИВНЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОМОНАД					
Кариндациллин	внутрь	-	35	1,0	50
Мезлоциллин	в/в, в/м			1,1	16–42
Пиперациллин	в/в, в/м			1,0	16–48
ППР/ТБ	в/в			1,0	16–48
Тикарциллин	в/в, в/м			1,2	45
ТКЦ/КЛ	в/в			1,0	45/30
ПЕНИЦИЛЛИНЫ, УСТОЙЧИВЫЕ К ПЕНИЦИЛЛИНАЗАМ					
Диклоксациллин	внутрь	-	40	0,5	98
Клоксациллин	внутрь	-	35	0,5	95
Метициллин	в/в, в/м			0,5	37
Нафциллин	в/в, в/м			0,5	90
Оксациллин	в/в, в/м, внутрь	-	30	0,5	94
Флуоксациллин ^а	внутрь, в/в	-	50	0,5	95
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ					
Цефазолин	в/в, в/м			1,9	73–87
Цефалотин	в/в, в/м			0,5	53–79
Цефепим	в/в, в/м			0,6	44–50
Цефтриаксон	внутрь, в/в, в/м	-	90	1,3	6–20
Цефадроксил	внутрь	+	90	1,5	20
Цефалексин	внутрь	+	90	1,3	5–15
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ					
Цефамандол	в/в, в/м			1,0	56–78
Цефметазол	в/в			1,2	65
Цефокситин	в/в, в/м			0,8	65–79
Цефоницид	в/в, в/м			4,0	98
Цефотетан	в/в, в/м			4,2	78–91

Препараты	Пути введения	Прием внутрь		T _{1/2} (ч)	Связывание белками (%)
		Во время еды	Биодоступность (%)		
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ (продолжение)					
Цефуросим	в/в, в/м			1,5	33–50
Лоракарбеф	внутри	–	90	1,2	25
Цефаклор	внутри	–	50	0,8	22–25
Цефпрозил	внутри	+	94	1,2	65
Цефуросим-аксетил	внутри	+	52	1,2	50
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ					
Цефоперазон	в/в, в/м			1,9	82–93
Цефотаксим	в/в, в/м			1,5	30–51
Цефтазидим	в/в, в/м			1,8	< 10
Цефтизоксим	в/в, в/м			1,7	30
Цефтриаксон	в/в, в/м			1,7	30
		+	50	8	85–95
			50	2,2	22
			50	3,1	65
			80	2,5	40
			80	2	65–77
				2,0	
				2,0	20
	в/в, в/м				
	в/в, в/м			1,0	15–25
	в/в, в/м			2,0	56
	в/в, в/м			2,0	0–10
Нетилмицин	внутри			2,0	0–10
Тобрамицин	в/в, в/м		< 3	3	0–10
МАКРОЛИДЫ					
Азитромицин	в/в, в/м			2,0	0–10
Кларитромицин	внутри			2,0	0–10
Клиндамицин	внутри	–		2,0	0–10
		+	37		
Эритромицин	внутри	+	50	12/68	12–50
Эритромицин-глюкоцетат	в/в, в/м	+	90	5–7	65–70
Эритромицин-лактобионат	в/в	–	40	2,4	85–94
Эритромицин-стеарат	в/в			1,4	
Эритромицин-эстолат	внутри				70–74
Эритромицин-этилсукцинат	внутри	–	30–65		
		+	высокая		
		–	высокая		

Препараты	Пути введения	Прием внутрь		T _{1/2} (ч)	Связывание белками (%)
		Во время еды	Биодоступность (%)		
ФТОРХИНОЛОНЫ					
Ломефлоксацин	внутри	+	> 95	8	10
Норфлоксацин	внутри	–	30–40	4	10–15
Офлоксацин	внутри, в/в	–	98	7	32
Пефлоксацин ^a	внутри	+	100	9	
Руфлоксацин ^a	внутри	–	60	33	60
Ципрофлоксацин	внутри, в/в	+	70	4	20–40
Эноксацин	внутри	–	60	6	
РАЗНЫХ ГРУПП					
Ванкомицин	в/в			6	10–55
Доксициклин	внутри, в/в	+	93	18	93
Метронидазол	внутри, в/в	+	90	6–14	20
Миноциклин	внутри	+	95	16	76
Полимиксин	в/в, в/м			6–7	50
Рифампицин	внутри	–	высокая	2–5	80
Тейкопланин ^a	в/в, в/м			45	90
ТМП/СМК	внутри, в/в		90–100	11/9	40–70
Фосфомицин ^a	внутри, в/в	–	60	2,2	< 10
Фузидиевая кислота ^a	внутри, в/в		90	16	95
Хлорамфеникол	внутри, в/в, в/м		80	1,5–3,5	50–60
ПРОТИВОВИРУСНЫЕ					
Амантадин	внутри	+	90	15	67
Ацикловир	внутри, в/в	+	15–30	2,5	9–33
Ганцикловир	в/в			2,9	1–2
Диданозин	внутри	–	33	1,6	< 5
Зальцитабин	внутри	–	> 80	2	< 4
Зидовудин	внутри	–	65	0,5–1,7	35
Римантадин	внутри	+			
Фоскарнет	в/в			1,5	14–17

(+) – прием во время еды; (–) – прием натощак.

^a В США не применяют

Таблица 5Б. Максимальный уровень антимикробных лекарственных веществ в сыворотке

Препараты	Доза и путь введения	Максимальный уровень в сыворотке (мкг/мл)
ПРИРОДНЫЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ		
Бензатинбензилпенициллин	1,2 млн МЕ в/м	0,07
Бензилпенициллин	20 млн МЕ/сут в/в	16
Феноксиметилпенициллин	500 мг внутрь	3-4
АМИНОПЕНИЦИЛЛИНЫ		
Амоксициллин	250 мг внутрь	1,0-6,4
АМК/КЛ	250 мг внутрь	4
Ампициллин	500 мг внутрь	2,5-4,0
	2 г в/в	47
АМП/СБ	3 г (АМП - 2 г) в/в	109-150
Бакампициллин	400 мг внутрь	6-8
ПЕНИЦИЛЛИНЫ, АКТИВНЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОМОНАД		
Кариндациллин	382 мг внутрь	6,5
Мезлоциллин	3 г в/в	263
Пиперациллин	4 г в/в	350
ППР/ГБ	3,375 г в/в	240
Тикарциллин	3 г в/в	190
ТКЦ/КЛ	3,1 г в/в	190
ПЕНИЦИЛЛИНЫ, УСТОЙЧИВЫЕ К ПЕНИЦИЛЛИНАЗАМ		
Диклоксациллин	250 мг внутрь	9-18
Клоксациллин	500 мг внутрь	2-9
Нафциллин	500 мг в/в	11
Оксациллин	500 мг в/в	43
Флуоклоксациллин ^а	500 мг внутрь	11-20
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ		
Цефазолин	1 г в/в	188
Цефалотин	2 г в/в (струйно)	80-100
Цефалирин	1 г в/в	70
	1 г в/в	86
Цефрадин	500 мг внутрь	16
	500 мг внутрь	18
Цефалексин	500 мг внутрь	18-38
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ		
Цефамандол	2 г в/в	165
Цефметазол	1 г в/в	77
Цефокситин	1 г в/в	110
Цефонид	1 г в/в	220
Цефоранид	1 г в/в	125
Цефотетан	1 г в/в	124
Цефуросим	1,5 г в/в	100
Лоракарбеф	200 мг внутрь	8
Цефаклор	500 мг внутрь	13
Цефпрозил	500 мг внутрь	10,5
Цефуросим-аксетил	250 мг внутрь	4,1

Препараты	Доза и путь введения	Максимальный уровень в сыворотке (мкг/мл)
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ		
Латамоксеф	1 г в/в	71-84
Цефоперазон	1 г в/в	153
Цефотаксим	1 г в/в	100
Цефтазидим	1 г в/в	60
Цефтизоксим	1 г в/в	132
Цефтриаксон	1 г в/в	150
Цефиксим	400 мг внутрь	3-5
Цефподоксим	200 мг внутрь	2,9
Цефтибутен	400 мг внутрь	17
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛЕНИЯ		
Цефепим	2 г в/в	193
Цефпиром	1 г в/в	87
КАРБАПЕНЕМЫ		
ИМП	500 мг в/в	40
МОНОБАКТАМЫ		
Азтреонам	1 г в/в	125
АМИНОГЛИКОЗИДЫ		
Амикацин	7,5 мг/кг в/в	21-38
Гентамицин	1,25 мг/кг в/в	
Канамицин	500 мг в/м	14-29
Нетилмицин	2 мг/кг в/в	7
Тобрамицин	2 мг/кг в/в	3-14
МАКРОЛИДЫ		
Азитромицин	500 мг внутрь	0,4
Кларитромицин	500 мг внутрь	2-3
Клиндамицин	150 мг внутрь	2,5
	600 мг в/в	15
Эритромицин ^б	250 мг внутрь	0,4-1,3
Эритромицин-глюцептат	500 мг в/в	10
Эритромицин-лактобионат	500 мг в/в	10
Эритромицин-эстолат	500 мг внутрь	1,4-5,0
ФТОРХИНОЛОНЫ		
Ломефлоксацин	400 мг внутрь	1,4
Норфлоксацин	400 мг внутрь	1,4-1,8
Офлоксацин	400 мг внутрь	3,5-5,3
	400 мг в/в	4,0-4,5
Пефлоксацин ^а	400 мг внутрь	3,8-5,6
Ципрофлоксацин	500 мг внутрь	1,8-2,8
	400 мг в/в	4,6
Эноксацин	400 мг внутрь	2,0
РАЗНЫХ ГРУПП		
Ванкомицин	1 г в/в	20-50
Доксициклин	100 мг внутрь	1,8-2,9
Метронидазол	250 мг внутрь	2,5-13 (в среднем 6,2)
	500 мг в/в	20-25
Миноциклин	200 мг внутрь	2,2
Полимиксин	500 000 МЕ в/м	1-8

Препараты	Доза и путь введения	Максимальный уровень в сыворотке (мкг/мл)
РАЗНЫХ ГРУПП (продолжение)		
Сульфизоксазол	1 г внутрь	6 мг%
	2 г в/в	11,7 мг%
Тейкопланин ^a	6 мг/кг в/в	25
Тетрацилин	250 мг внутрь	2-4
ТМП/СМК	80/400 мг внутрь	1-3/20-50
	160/800 мг в/в	3-9/45-100
Фосфомицин ^a	50 мг/кг внутрь	32
	20 мг/кг в/в	130
Фузидиевая кислота ^a	500 мг внутрь	14-38
Хлорамфеникол	500 мг внутрь	8-14
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ		
Амфотерицин В	0,37-0,85 мг/кг/сут в/в	0,5-3,5
Итраконазол	200 мг внутрь (во время еды)	2,2
Кетоконазол	200 мг внутрь	3,5
Флуконазол	400 мг внутрь	4,1-8,0
Фторцитозин	2,5 г внутрь	78
АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ		
Дапсон	100 мг внутрь	1,8
Изониазид	10 мг/кг внутрь	1,0-4,5
Капреомицин	1 г в/м	20-35
Пиразинамид	27 мг/кг внутрь	39
Рифабутин	300 мг внутрь	375 нг/мл
Рифампицин	300 мг внутрь (натощак)	4-32 (в среднем 7)
Стрептомицин	500 мг в/м	6-42
Тиоацетазон	150 мг внутрь	1,2-2,3
Циклосерин	250 мг внутрь	15-25
Этамбутол	25 мг/кг внутрь	2-5
Этионамид	1 г внутрь	20
АНТИПАРАЗИТАРНЫЕ		
Альбендазол	5 мг/кг внутрь каждые 8 ч	848 нг/мл
Атоваквон	750 мг внутрь (во время еды)	9,6
Мефлохин	250 мг внутрь	0,3
	1 г внутрь	0,5-1,2
Пентамидин	4 мг/кг в/в	0,5-3,4
Пириметамин	25 мг внутрь	0,1-0,3
Тразиквантел	20 мг/кг внутрь	0,2-2,0
ПРОТИВОВИРУСНЫЕ		
Амантадин	100 мг внутрь	0,2-0,9
Ацикловир	5 мг/кг в/в	9,8
Диданозин	300 мг внутрь	1,6
Ганцикловир	5 мг/кг в/в	8,3
Зальцитабин	0,5 мг внутрь	7,6 нг/мл
Зидовудин	200 мг внутрь	1,1
Фоскарнет	57 мг/кг в/в	575 мкмоль/л

^a В США не применяют.

^b Включая эритромицин-стеарат, эритромицин-этилсукцинат

Таблица 6. Антибактериальные средства: дозы и побочные эффекты

Препарат	Дозы у взрослых ^a	Побочные эффекты. Примечания
ПЕНИЦИЛЛИНЫ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ К β-ЛАКТАМАЗАМ, НЕАКТИВНЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОМОНАД		
Бензилпенициллин	Низкие дозы: 4-6 млн МЕ/сут в/м. Средние дозы: 6-12 млн МЕ/сут в/м или в/в. Высокие дозы: 12-24 млн МЕ/сут в/в (20 млн МЕ = 12 г)	Лихорадка, сыпь (1-5%), анафилаксия (1:10 000). Кумбс* (при использовании высоких доз - у 3%), очень редко гемолитическая анемия (применение высоких доз > 7 сут чаще вызывает бессимптомное повышение IgG), нефротоксичность (очень редко). Проквалибензилпенициллин дает также побочные эффекты, обусловленные прокаином - ступор, миоклонус, судороги (только в высоких дозах при печеночной недостаточности или слишком быстрым в/в введением). Устойчивость S. pneumoniae к пенициллину - см. табл. 1, с. 67
Бензатинбензилпенициллин	0,6-1,2 млн МЕ в/м	Как у бензилпенициллина; местные реакции. Наиболее эффективный препарат для первичной и вторичной профилактикой ревматизма
Феноксиметилпенициллин	250-500 мг внутрь 2-4 раза/сут	Как у бензилпенициллина
Ампициллин	0,25-0,5 г внутрь каждые 6 ч. 150-200 мг/кг/сут в/в	Дисфункция ЖКТ (10%), сыпь (3%). Неаллергическая пятнисто-папулезная сыпь возникает у 43-100% при инфузионном моноуклозе, у 80% при лифоплейкозе и у 15-20% при однократном приеме аллопуринола. Лихорадка, анафилаксия, судороги (при слишком быстром в/в введении), переходящую лейкопению, повышение АСАТ (редко) может вызывать любой β-лактамный антибиотик. Интерстициальный нефрит (очень редко). В 1 г - 2,9 мэкв Na ⁺ . В США штаммы, образующие β-лактамазы, составляют: H. influenzae - 25-50%, Moraxella catarrhalis - 85-95%
Амоксициллин	0,25 г внутрь каждые 8 ч	Как у ампициллина. Всего у 10-15%. При брошном тифе более эффективен, чем ампициллин; при дизентерии неэффективен
Бакампциллин	0,4-0,8 г внутрь каждые 12 ч	Как у ампициллина. Всего у 12%. Дисфункция ЖКТ (7%), сыпь (< 1%). Выводится лучше, чем ампициллин и амоксициллин. Провращается в ампициллин

Препарат	Дозы у взрослых ^a	Побочные эффекты. Примечания
ПЕНИЦИЛЛИНЫ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ К β-ЛАКТАМАЗАМ, АКТИВНЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОМОНАД		
Мезлоциллин	3 г в/в (инфузия × 30 мин) каждые 4 ч (200–300 мг/кг/сут); максимальная доза 350 мг/кг/сут. Инфекции мочевыводящих путей: 1,5 г в/м или в/в каждые 6 ч	Характерные для пенициллинов. Исцелю у 5–10%. Сыпь, лихорадка, анафилактика, тромбоцитопения, нейтропения, диарея, тошнота и рвота, судороги при передозировке, повышение АСАТ и билирубина на 2–3 с/т (нормализуются при продолжении лечения). В 1 г – 1,9 мэкв Na*
Пиперациллин	3–4 г в/в (инфузия × 30 мин) каждые 4–6 ч (200–300 мг/кг/сут); максимальная доза 500 мг/кг/сут. Инфекции мочевыводящих путей: 2 г каждые 6 ч	Характерные для пенициллинов. Исцелю у 5–10%. Зозинофилия, сыпь (6%), лихорадка, нейтропения (до 6%), диарея, флебит, нефропатия (редко), гипокалиемия, повышение АСАТ, билирубина. В 1 г – 1,85 мэкв Na*
Тикерциллин	3 г в/в (инфузия × 30 мин – 2 ч) каждые 3–6 ч (250–300 мг/кг/сут). Инфекции мочевыводящих путей: 1 г в/в или в/м каждые 6 ч	Характерные для пенициллинов. Исцелю у 5–10%. Сыпь, крапивница, лихорадка, зозинофилия, тошнота и рвота, судороги при быстром введении высоких доз, коагулопатия, анемия, тромбоцитопения, нейтропения, повышение АСАТ. В 1 г – 4,7–5,0 мэкв Na*
КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ И ИНГИБИТОРОВ β-ЛАКТАМАЗ		
АМП/СБ	1,5–3 г каждые 6 ч в/в или в/м (во флаконе 1 г АМП и 0,5 г СБ, или 2 г АМП и 1 г СБ)	Всего у 10%. Флебит (3%), диарея у 1,6% (у детей – до 42%), сыпь (1,2%), зозинофилия, повышение АСАТ (6%). Максимальная доза сульбактама 4 г/сут. Неактивен в отношении <i>P. aeruginosa</i> , <i>Citrobacter freundii</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Morganella</i> , <i>Providencia</i> , <i>Serratia</i> spp.
АМК/КП	250–500 мг внутрь каждые 8 ч	Как у ампицилина и амоксицилина, но чаще диарея (9%), тошнота (3%), рвота (1%). Сыпь, зозинофилия, повышение АСАТ. Холестатический гепатит, обычно у мужчин старше 60 лет при приеме > 2 нед, причем у 2/3 желтуха появляется через 1–4 нед после отмены препарата и исцелю в течение 1–8 нед [166]. Другие побочные эффекты – см. Ампициллин. Таблетки по 250 и 500 мг содержат равное количество клавуланата калия (125 мг), поэтому 2 таб по 250 мг не равноценны 1 таб по 500 мг, так как содержат двойную дозу клавуланата. Для предотвращения диареи препарат принимать во время еды. Детям давать запивать таблетки 100 мл жидкости и избегать избытка клавуланата (не уменьшать интервалы между приемами, не давать двойную дозу после пропущенного приема, не назначать 2 таб по 250 мг вместо 1 таб по 500 мг) [368]

Препарат	Дозы у взрослых ^a	Побочные эффекты. Примечания
КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ И ИНГИБИТОРОВ β-ЛАКТАМАЗ (продолжение)		
ППР/ПБ	3,375 г в/в каждые 6 ч, или 4,5 г в/в каждые 8 ч (инфузия × 30 мин)	Как у пиперацилина. Всего у 5–10%. Диарея (4%), сыпь (0,6%), повышение АСАТ (4%). По активности тазобактам близок к клавуланату и более активен, чем сульбактам. Тазобактам усиливает действие пиперацилина на грамотрицательные и анаэробные бактерии, предупреждает устойчивость <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> к цефотаксиму и цефтриаксиму [191]
ТКЦ/КП	3,1 г в/в каждые 4–6 ч (во флаконе 3 г ТКЦ и 0,1 г КП)	Как у тикерцилина, в том числе флебит, сыпь, зозинофилия, нейтропения, увеличение ПВ. Кумбс+, повышение АСАТ, гипокалиемия. В 1 г 4,7–5,7 мэкв Na*
ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ, УСТОЙЧИВЫЕ К β-ЛАКТАМАЗАМ*		
Клоксациллин	0,25–0,5 г внутрь каждые 6 ч перед едой	Сыпь (1–5%), лихорадка, зозинофилия, Кумбс+, гемолитическая анемия, нейтропения, интерстициальный нефрит, тошнота, диарея, повышение АСАТ
Диклоксациллин	0,125–0,5 г внутрь каждые 6 ч перед едой	Как у клоксацилина. Уровень в сыворотке в 2 раза выше, чем уровень клоксацилина
Флуоксациллин (в США не применяют)	0,25–0,5 г внутрь каждые 6 ч. 1–2 г в/в каждые 4 ч	Как у клоксацилина. Холестатический гепатит, преимущественно у женщин при приеме ≥ 2 нед, появление желтухи через 3 нед лечения [238]. Уровень в сыворотке в 4 раза выше, чем уровень клоксацилина
Нафциллин	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в или в/м каждые 4 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в каждые 4 ч	Тошнота, диарея, флебит, сыпь, лихорадка, зозинофилия, гемолитическая анемия, нейтропения (у 10% при лечении ≥ 3 нед), интерстициальный нефрит (крайне редко), преобладающая гематурия у грудных детей, бессимптомное повышение АСАТ. Плохо всасывается при приеме внутрь.
Оксациллин	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в или в/м каждые 4 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в каждые 4 ч	Как у нафцилина, но нейтропения реже. В дозах > 6 г/сут повышение АСАТ у 15% в первые 3 нед. Плохо всасывается при приеме внутрь. В 1 г – 2,5 мэкв Na*
Метилциллин	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в каждые 4 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в каждые 4 ч	Как у нафцилина, но нефрит чаще. Геморрагический цистит, флебит. В 1 г – 3 мэкв Na*

* Активны в отношении стафилококков, кроме штаммов, устойчивых к метилциллину

Препарат	Дозы у взрослых*	Побочные эффекты. Примечания
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ* ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ		
Цефазолин (Цеф-1п)	Нетяжелые инфекции: 0,25 г в/в или в/м каждые 8 ч. Тяжелые инфекции: 1,5 г в/в или в/м каждые 6 ч	Сыпь (редко), повышение АсАТ, ЩФ (часто), флебит (реже, чем от цефалотина), Кумбс+, коагулопатия (при уремии). Введение в желудочки головного мозга противопоказано, т. к. вызывает судороги
Цефалотин (Цеф-1п)	Нетяжелые инфекции: 0,5 г в/в или в/м каждые 6 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в или в/м каждые 4 ч	Флебит (17–50%), сыпь, лихорадка, эозинофилия, анафилактические реакции, Кумбс+, нейтропения, тромбоцитопения, судороги (в высоких дозах при почечной недостаточности), повышение АсАТ, нефротоксичность (интерстициальный нефрит – 1 случай). В дозе 300 мг/кг/сут – тромбоз цитопатия и коагулопатия
Цефалирин (Цеф-1п)	Нетяжелые инфекции: 0,5 г в/в или в/м каждые 6 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в или в/м каждые 4 ч	Флебит, сыпь, лихорадка, эозинофилия, нейтропения (редко), анемия (редко), Кумбс+, повышение АсАТ, повышение АМ (чаще у лиц старше 50 лет)
Цефградин (Цеф-1п)	Нетяжелые инфекции: 0,5 г в/в или в/м каждые 6 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в или в/м каждые 4 ч (прием внутрь – см. с. 93)	Флебит, дисфункция ЖКТ (при приеме внутрь), сыпь, эозинофилия, лейкопения, Кумбс+ (< 1%), повышение АсАТ (у 10% при в/м введении), АЛАТ (у 2% при в/м введении), повышение АМ (чаще у детей до 3 лет и лиц старше 50 лет) без повышения креатинина. Болезненность в месте введения, абсцессы при п/к введении. В 1 г – 6 мэкв Na*
Цефамандол (Цеф-2п)	Нетяжелые инфекции: 0,5 г в/в или в/м каждые 6 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в или в/м каждые 4 ч	Флебит (2%), гиперчувствительность (2%); сыпь (1%), крапивница, эозинофилия, лихорадка. Кровотечения, обусловленные: 1) нарушением синтеза протромбина вследствие подавления кишечной микрофлоры, образующей витамин К (показан профилактический прием витамина К 10 мг/нед); 2) нарушением образования тромбина под влиянием МТТ фрагмента; 3) иммунной тромбоцитопенией (очень редко). Кумбс+ (1%), нейтропения, незначительное повышение АМ и креатинина (чаще у лиц старше 50 лет), переходящее повышение АсАТ и ЩФ (на фоне фурсемида у 34%), дисульфирамоподобные реакции после приема алкоголя (редко)

* Включая цефамидины и карбацефем. Цефалоспорины первого поколения грамотрицательных бактерий; цефалоспорины третьего поколения еще более активны в отношении грамположительных бактерий; цефалоспорины активны в отношении грамотрицательных бактерий, более устойчивы к β-лактамазам, более активны в отношении второго поколения устойчивы к β-лактамазам, некоторые активны в отношении псевдомонад

Препарат	Дозы у взрослых*	Побочные эффекты. Примечания
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ (продолжение)		
Цефмегезол (Цеф-2п)	2 г в/в каждые 6–12 ч	Флебит (0,3%), сыпь (2%), лихорадка (0,2%), эозинофилия (11%), тромбоцитоз (5%), Кумбс+ (4%), диарея (3,6%), тошнота (1%), дисульфирамоподобные реакции после приема алкоголя. Хотя антибиотик содержит МТТ фрагмент, но при широком применении (в частности, в Японии) не отмечено учащения случаев кровотечения. По сравнению с другими цефамидинами имеет большее средство к пенициллин-связывающему белку 2a; клиническое значение не выяснено. Активен в отношении бактериодов группы DOT*
Цефокситин (Цеф-2п)	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в или в/м каждые 8 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в или в/м каждые 4 ч	Флебит (0,2%), сыпь (2%), зуд, лихорадка, эозинофилия (3%), Кумбс+ (2%), умеренная лейкопения (2%), незначительное повышение АМ (3%), ложное повышение креатинина, повышение АсАТ (3%), АЛАТ (3%), ЛДГ (2%), ЩФ (1%). In vitro может стимулировать синтез β-лактамаз, особенно у <i>Enterobacter spp.</i> ; клиническое значение не выяснено. Активен в отношении бактериодов группы DOT*
Цефоницид (Цеф-2п)	1–2 г в/в или в/м 1 раз/сут	Флебит (5%), лихорадка, сыпь (< 1%), тромбоцитоз (2%), эозинофилия (3%), Кумбс+ (< 1%), нейтропения (< 1%), повышение АсАТ, ЩФ, ЛДГ (2%), диарея (< 1%), повышение АМ (< 1%)
Цефотетан (Цеф-2п)	1–3 г в/в или в/м каждые 12 ч; максимальная доза 6 г/сут	Обусловленные МТТ фрагментом (см. Цефамандол). Относительно противопоказание – коагулопатия (до лечения определять ПВ) (199). Местные (< 1%), гиперчувствительность (1,2%), изменение крови (1,4%), эозинофилия, Кумбс+, увеличение ПВ. Повышение ферментов (1,2%): АсАТ, АЛАТ, ЩФ, ЛДГ. Дисфункция ЖКТ (1,5%), диарея, тошнота. Анафилактиксия – у 3 из 219 больных после в/в введения 2 г (29). Активен в отношении <i>Bacteroides fragilis</i> , неактивен в отношении бактериодов группы DOT*, вызывающих инфекции тазовых органов
Цефуроксим (Цеф-2п)	0,75 – 1,5 г в/в или в/м каждые 8 ч (прием внутрь – см. Цефуроксим-аксетил, с. 93)	Флебит (2%), сыпь (< 1%), Кумбс+ (< 1%), снижение гематофрита (10%), эозинофилия (7%), нейтропения (< 1%), повышение АсАТ (4%), ЩФ (1,5%), билирубина (< 0,2%) диарея, тошнота (< 1%). Более активен в отношении стрептококков группы В и S. pneumoniae, чем цефалотин
Цефоперазон (Цеф-3п-АП)	Нетяжелые инфекции: 2 г в/в каждые 12 ч. Тяжелые инфекции: 4 г в/в каждые 6 ч. При псевдомонадных инфекциях вводить каждые 6 ч. Пилонейфрит: 1 г в/в каждые 12 ч	Флебит (5–10%), лихорадка (2%), сыпь (3%), крапивница, эозинофилия, сывороточная болезн (1 случай), кровотечения, обусловленные МТТ фрагментом (см. Цефамандол), Кумбс+ (9%), нейтропения, переходящее повышение АсАТ (3–25%), диарея (6%), тошнота (5%), дисульфирамоподобные реакции после приема алкоголя (до 48 ч после введения антибиотика). Возможна суперинфекция

Препарат	Дозы у взрослых*	Побочные эффекты. Примечания
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ (продолжение)		
Цефотаксим (Цеф-3п)	Нетяжелые неосложненные инфекции: 1 г в/в каждые 8–12 ч. Тяжелые, угрожающие жизни инфекции: до 2 г в/в каждые 4 ч	Флебит (5%), сыпь (2%), эозинофилия (1%), Кумбс+ (6%), нейтропения, повышение АсАТ (1%), диарея (1%). К нетяжелым неосложненным инфекциям относятся болезни дыхательных путей (кроме вызванных <i>P. aeruginosa</i>), инфекции тазовых органов, пиелонефрит. Максимальная доза 12 г/сут
Цефуролдин (Цеф-3п-АП)	1–1,5 г в/в каждые 6 ч	Флебит (2%), повышение креатинина (1–4%), протеинурия, сыпь (2%), эозинофилия (3%), нейтропения (< 1%), тромбоцитопения (< 1%), повышение АсАТ (2%), тошнота, рвота, боль в животе (5%), головная боль, энцефалопатия (1% случаев). Возможна суперинфекция. Антибиотик узкого спектра действия: активен в отношении <i>P. aeruginosa</i> , <i>Pseudomonas stutzeri</i> , <i>Xanthomonas malvarum</i> , не действует на <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , энтеробактерии, <i>Acinetobacter spp.</i> , анаэробы
Цефтазидим (Цеф-3п-АП)	1–2 г в/в или в/м каждые 8–12 ч	Флебит (1,5%), сыпь (1,3%), эозинофилия (7%), лихорадка (0,4%), фотосенсибилизация (1 случай) [255], Кумбс+ (4%), нейтропения (1%), тромбоцитоз (2%), повышение АсАТ (6%), диарея (1,3%), повышение АМ (0,6%), Суперинфекция (3%), обычно энтерококковая. В 1 г – 2,3 мэкв Na*. В отношении <i>P. aeruginosa</i> более активен, чем цефоперазон, цефсулодин, пиперациллин. В отношении энтеробактерий так же активен, как цефотаксим. В отношении грамположительных бактерий в 2 раза менее активен, чем цефотаксим. Устойчивы многие штаммы <i>Bacteroides fragilis</i> (см. табл. 4А, с. 77)
Цефтриаксим (Цеф-3п)	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в или в/м каждые 8–12 ч. Тяжелые инфекции: 4 г в/в или в/м каждые 8 ч	Флебит (4%), сыпь (2%), эозинофилия (4%), лихорадка, нейтропения, тромбоцитопения (редко), повышение АсАТ (4%), диарея, тошнота (редко), псевдомембранозный колит. Суперинфекция (4%), обычно энтерококковая. <i>In vitro</i> чувствительность <i>Bacteroides fragilis</i> к цефтриаксиму зависит от метода определения; неясно, как из методов наиболее информативен для оценки эффективности антибиотика [88]. Более активен в отношении энтеробактерий и <i>P. aeruginosa</i> и менее активен в отношении грамположительных бактерий, чем цефотаксим
Цефтриаксон (Цеф-3п)	1–2 г 1 раз/сут, или 0,5–1 г каждые 12 ч в/в или в/м (в 1% лидокаине); максимальная доза 4 г/сут. У пожилых дозу ограничивают 1 г 1 раз/сут	Флебит (2%), сыпь (2%), эозинофилия (6%), лихорадка (0,6%), нейтропения (2%), тромбоцитоз (5%), увеличение ПВ (редко), повышение АсАТ (3%). Случение и застой желчи диагностируют при УЗи у 50%, холецистит – у 9% [310]; риск выше при назначении ≥ 2 г/сут больным на полном парентеральном питании [63] и при длительном лечении (в среднем 28 сут). Иногда показаны холецистэктомия [265], Диарея (3%), тошнота и рвота (0,5%), повышение АМ (1%). Устойчивы 10% штаммов <i>S. aureus</i> [360], многие штаммы <i>P. aeruginosa</i> , 15–50% штаммов <i>B. fragilis</i>
Цефепим (Цеф-4п)	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в каждые 12 ч. Тяжелые инфекции: 2 г в/в каждые 8 ч	Флебит (10%), гиперчувствительность, повышение АсАТ, АЛАТ, диспепсия, диарея (редко), головная боль, снижение остроты зрения, головокружение, повышение креатинина. Энтерококковая суперинфекция. Активен в отношении <i>P. aeruginosa</i> и многих штаммов <i>Enterobacter</i> , <i>Segetia marcescens</i> , <i>Citrobacter freundii</i> , устойчивых к цефтазидиму, цефотаксиму, азтреонаму

Препарат

Дозы у взрослых*

Побочные эффекты. Примечания

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ

Цефалексин (Цеф-1в)	0,25–0,5 г внутрь каждые 6 ч	Дисфункция ЖКТ (2%), сыпь (1%), эозинофилия (9%), незначительная лейкопения (3%), Кумбс+ (редко), повышение АсАТ
Цефадроксил (Цеф-1в)	1 г 1 раз/сут, или 0,5 г 2 раза/сут внутрь	Как у цефалексина (до 4,5%). Дисфункция ЖКТ, сыпь
Цефрандин (Цеф-1в)	0,25–0,5 г внутрь каждые 6 ч	Дисфункция ЖКТ, сыпь, эозинофилия, лейкопения, Кумбс+ (< 1%), повышение АсАТ, АЛАТ. У больных старше 50 лет и детей до 3 лет повышается АМ (креатинин не повышается). У беременных уровень в сыворотке уменьшается на 1/3
Лораксарбиф (Цеф-2в)	Инфекции дыхательных путей и кожи: 200 мг внутрь каждые 12 ч. Инфекции мочевыводящих путей: 200 мг внутрь 1 раз/сут	Необходимость отмены у 1,5%. Диарея (4%), тошнота (2%), рвота (1,4%), боль в животе (1,4%), сыпь (1,2%), вагинит (2,4%), эозинофилия (1,4%), повышение АсАТ, АЛАТ (0,3%), сывороточная болезнь (единичные случаи)
Цефалор (Цеф-2в)	0,25–0,5 г внутрь каждые 8 ч	Как у цефалексина. Сывороточные реакции (0,1–0,5% у детей чаще, чем у взрослых): боль в суставах (чаще ног), полиморфная эритема, сыпь, пурпура без лимфаденопатии и протеинурии, исчезает через 3–4 сут после отмены
Цефprozил (Цеф-2в)	500 мг внутрь 2 раза/сут	Необходимость отмены у 2%. Диарея (3%), тошнота (2%), боль в животе (1%), рвота (1%), сыпь (1%), У женщин зуд наружных половых органов (1,5%), вагинит (1,3%). Эозинофилия (2,5%), повышение АсАТ, АЛАТ (2%), билирубина (0,6%). При исходном повышении креатинина – его дальнейшее увеличение (5%)
Цефуроксим-аксетил (Цеф-2в)	0,25 г внутрь каждые 12 ч. Инфекции мочевыводящих путей: 0,125 г внутрь каждые 12 ч	Диарея (3,5%), тошнота (2%), рвота (2%), сыпь (0,6%), крапивница (0,2%), бронхоспазм (1 случай), У 2,9% при аллергии к пенициллину перекрестная реакция на цефуроксим. Головная боль (< 1%), повышение АсАТ (2%), эозинофилия (1%), Кумбс+ (0,4%). Всасывание увеличивается при приеме с пищей. Измельченные таблетки очень горькие
Цефтазамет-пивоксил (Цеф-3в)	500 мг внутрь 2 раза/сут (у детей – 10 мг/кг/сут) Гонорея: 1,5 г внутрь однократно	Необходимость отмены у 1,1%. Дисфункция ЖКТ (6,3%), у взрослых диарея, у детей тошнота и рвота. Сыпь (0,4%) повышение АсАТ и АЛАТ (3,7%), псевдомембранозный колит (2 случая). Хотя метаболит пивоксила (триметилуксусная кислота) повышает метаболизм карнитина, дефицит карнитина не наблюдается

Препарат	Дозы у взрослых ^а	Побочные эффекты. Примечания
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ (продолжение)		
Цефаксим (Цеф-3в)	400 мг внутрь 1 раз/сут (у детей – 8 мг/кг/сут)	Как у ампицилина, но сыпь реже. Дисфункция ЖКТ (10–15%), головная боль (3%), сыпь (1%), зуд (0,7%), лихорадка (0,2%), артралгия (0,1%), повышение АсАТ (0,2%), эозинофилия (0,1%), лейкопения (0,3%), тромбоцитопения (0,4%). Всасывание при приеме с пищей не снижается. Суспензия обеспечивает более высокий уровень препарата в сыроворотке, чем таблетки
Цефподоксим (Цеф-3в)	Инфекции дыхательных путей: 200 мг внутрь 2 раза/сут x 14 сут. Инфекции мочевыводящих путей: 100 мг внутрь 2 раза/сут x 7 сут. Инфекции кожи: 400 мг внутрь 2 раза/сут x 7 сут. Гонорея: 200 мг внутрь однократно	Необходимость отмены у 2,3%. Диарея (5%), боль в животе (1,2%), тошнота (1,2%) рвота (0,2%), сыпь (0,5%), головная боль (1%), повышение уровня ферментов (4,3%) и креатинина в сыроворотке (3,6%), эозинофилия (2,7%), нейтропения (0,6%), тромбоцитоз (1,4%), псевдомембранозный колит (3 случая)
Цефтибутен (Цеф-3в)	Инфекции дыхательных путей: 200 мг внутрь 2 раза/сут x 14 сут. Инфекции мочевыводящих путей: 200 мг внутрь 2 раза/сут x 5 сут. Гонорея: 100 мг внутрь 2 раза/сут x 3 сут	Тошнота, рвота, диарея. Повышение АсАТ, АЛАТ; сообщений о гепатите нет. МТТ фрагмент может привести к нарушению агрегации тромбоцитов, но сообщений о коагулопатии нет. Эозинофилия (единичные случаи)

КАРБАПЕНЕМЫ (ТИЕНАМИЦИНЫ). Высокоустойчивы к β-лактамазам

ИМП	Нетяжелые инфекции: 0,5–0,75 г в/м каждые 12 ч (в 1% лидокаине). Тяжелые инфекции: 0,5–1 г в/в (инфузия x 30 мин) каждые 6 ч	Флебит (3%). Гиперчувствительность (2,5%): сыпь, зуд, эозинофилия (< 1%); Кумбс+ (1%), нейтропения (< 1%), олигурия (< 0,2%), повышение АсАТ, АЛАТ и ЩФ (< 1%). Неврологические нарушения (0,2%): спутанность сознания, судорожные припадки (2 г/сут – у 0,5–1%, 4 г/сут – у 10%), клонические судороги (крайне редко). Тошнота и рвота у 2% (в первую очередь, при быстром в/в введении), диарея (3%), псевдомембранозный колит. Возможна суперинфекция, появление устойчивых штаммов <i>P. aeruginosa</i> (9%). Возможна перекрестная реакция при анафилактики на пенициллин [182]. Более активен в отношении бактерий, чем Цеф-3л и ТКЦ/КП. Активен в отношении <i>Nocardia asteroides</i> , <i>Mycobacterium fortuitum</i> и <i>M. tuberculosis</i> – множественной лекарственной устойчивостью. Показания для в/м введения – нетяжелые инфекции легких и броншной полости, кожные язвы, эндометрит, при сепсисе и эндocardите препарат вводят в/в. У пожилых, при почечной недостаточности, цереброваскулярных заболеваниях, судорожных приступах дозу уменьшают. Беременным дозы обычно увеличивают, т. к. максимальный уровень в сыроворотке снижается, а клиренс повышается [102]
-----	---	---

Препарат	Дозы у взрослых ^а	Побочные эффекты. Примечания
----------	------------------------------	------------------------------

АМИНОГЛИКОЗИДЫ И БЛИЗКИЕ АНТИБИОТИКИ*

Амикацин (АГ-АП)	Дробное введение	Введение 1 раз/сут	Нефротоксичность; ототоксичность – потеря восприятия высокочастотных звуков при высокой общей дозе (> 10 г), длительность (> 10 сут) и предшествующем лечении аминогликозидами. Эозинофилия (редко), артралгия, лихорадка, сыпь*. При отеках, асците и ожирении дозу назначают исходя из идеального или сухого веса. Амикацин инактивируется гепарином, поэтому его нельзя вводить через катетер, заполненный гепарином, без предварительного промывания
	Насыщающая – 10 мг/кг в/в или в/м. Поддерживающие – 7,5 мг/кг каждые 12 ч	15 мг/кг/сут в/в	
Гентамицин (АГ-АП)	15–30'	56–64'	Как у амикацина. Нефротоксичность (протеинурия, повышение АМ), ототоксичность, лихорадка, сыпь. Блокада нервно-мышечного проведения (остановка дыхания редко). Снижение кальция, калия, магния сыворотки у детей (очень редко), психоз (редко)
	Насыщающая – 2 мг/кг в/в или в/м. Поддерживающие – 1,7 мг/кг каждые 8 ч. Инtrateкаль- но – 4 мг	5,1 мг/кг	
Канамицин	4–10'	18–24'	Как у амикацина. Ототоксичность, нефротоксичность, блокада нервно-мышечного проведения, сыпь (редко), лихорадка
	Насыщающая – 10 мг/кг в/м. Поддерживающие – 7,5 мг/кг каждые 12 ч	15 мг/кг в/м	
	15–30'	56–64'	

* Все аминогликозиды могут вызвать или усилить блокаду нервно-мышечного проведения. Назначать с осторожностью при миастении, ботулизме, при наличии блокаторов нервно-мышечного проведения или массивном переизменении цитратной крови. Избегать сочетания с этиархиновой кислотой, фуросемидом и метоксифлураном. Усиливает нефротоксичность цисплатина. При отеках, асците, ожирении дозу рассчитывают по идеальному или сухому весу. При перитоните объем распределения повышен, поэтому дозы увеличивают и через 2 ч инфузии определяют уровень препарата в сыроворотке

Препарат	Дозы у взрослых ^а	Побочные эффекты. Примечания
АМИНОГЛИКОЗИДЫ И БЛИЗКИЕ АНТИБИОТИКИ^в (продолжение)		
Неомицин	Введение 1 раз/сут	Тошнота, рвота, диарея. При избыточном всасывании (3% принятой дозы) – ототоксичность, нефротоксичность, блокада нервно-мышечного проведения. Подготовка к операции на мышечных – см. табл. 12А, с. 157
	Дробное введение	
Невтиллицин (AG-AP)	Печеночная кома: 4–12 г/сут внутрь. Кишечные инфекции, вызванные E. coli: 100 мг/кг/сут	Как у амикацина. Нефротоксичность, снижение слуха (при аудиометрии) у 4%, субъективно у 0,5%, вестибулярные нарушения (0,7%), сыпь (0,5%), повышение АСАТ (15%), ЦФ (10–40%)
	Насыщающая – 2,2 мг/кг в/в или в/м	
Спектиномицин	6–10 ^г	Сыпь (1%), лихорадка, боль в месте инъекции, анафилаксия (очень редко). Не оказывает ототоксического и нефротоксического действия. Растворитель содержит бензиловый спирт, который может вызывать асфиксию новорожденных. Не рекомендуют при гонококковом фарингите (тонзиллите)
	2 г в/м	
Стрептомицин	0,5–2 г/сут в/м	Вестибулярные нарушения, снижение слуха, лихорадка, блокада нервно-мышечного проведения, сыпь, парестезия туловища
	15–25 ^г	
Тобрамицин (AG-AP)	Насыщающая – 2 мг/кг в/в или в/м.	Как у амикацина. Нефротоксичность (1,3%); ототоксичность (в дозе 3 мг/кг/сут – у 0,6%); шум в ушах, головокружение, потеря слуха, блокада нервно-мышечного проведения (доказано в экспериментах на животных); лихорадка, сыпь
	Поддерживающая – 1,7 мг/кг каждые 8 ч	
4–10 ^г	16–24 ^г	
МОНОБАКТАМЫ. Высокоустойчивы к β-лактамазам		
Азтреонам	Нетяжелые инфекции: 1 г в/в каждые 8 ч.	Флебит (4%), сыпь (2%), эозинофилия (8%), кровоточения (крайне редко – 2,2388), повышение АСАТ (2%), тошнота и рвота (0,8%), диарея (0,8%), псевдомембранозный колит (3 случая), Суперинфекция (2–12%), обычно вызванная грамположительными бактериями (S. aureus, энтерококки). Применяют при аллергиях к пенициллинам и цефалоспорином, однако есть сообщения о перекрестных реакциях [176], в частности, с цефтриаксимом [371]
	Тяжелые инфекции: 2 г в/в каждые 6 ч;	
	максимальная доза 8 г/сут	

Препарат	Дозы у взрослых ^а	Побочные эффекты. Примечания
МАКРОЛИДЫ, ВАНКОМИЦИН, ЛИНКОМИЦИН, ХЛОРАМФЕНИКОЛ		
Азитромицин	500 мг внутрь в 1–е сут. далее 250 мг/сут × 2–5 сут	Необходимость отмены у 0,7%. Дисфункция ЖКТ (12,8%): диарея (4%), тошнота (3%), боль в животе (2%), рвота (1%). Неврологические нарушения (1%). Потеря слуха (1,4%) при длительном (1–3 мес) лечении, проходит через 2–4 нед [264]. Повышение АСАТ (1,5%), лейкопения или лейкоцитоз (1%), другие (< 1%). При беременности не исследован (в опытах на крысах препарат в дозе, в 80 раз превышающей терапевтическую, не оказывал тератогенного действия)
	500 мг внутрь каждые 12 ч	
Клиндамицин	150–450 мг внутрь каждые 6 ч. 150–800 мг в/м или в/в каждые 8 ч	Всего у 13%: необходимость отмены у 3%. Дисфункция ЖКТ (13%): диарея (3%), тошнота (3%), нарушение вкуса (3%), боль в животе (2%), диспепсия (2%), псевдомембранозный колит (единичные случаи), головная боль (2%), повышение АМ (4%), АСАТ (< 1%), ЦФ (< 1%), креатинина (< 1%), ПВ (1%), лейкопения (< 1%). Противопоказан беременным (побочные эффекты отмечены в опытах на животных при уровне в сыворотке в 2–17 раз выше терапевтического)
	250 мг (или эритромицин-этилсульцинат, 400 мг) внутрь каждые 6 ч, или 500 мг внутрь каждые 12 ч. Если доза > 1 г/сут, прием 2 раза/сут не рекомендуют. В/в вводят 15–20 мг/кг/сут; максимальная доза 4 г/сут; предопределять инфузия, нельзя вводить быстро	
Эритромицин	250 мг (или эритромицин-этилсульцинат, 400 мг) внутрь каждые 6 ч, или 500 мг внутрь каждые 12 ч. Если доза > 1 г/сут, прием 2 раза/сут не рекомендуют. В/в вводят 15–20 мг/кг/сут; максимальная доза 4 г/сут; предопределять инфузия, нельзя вводить быстро	Диарея (7%), псевдомембранозный колит и токсический мегаколон (1:7500), сыпь (4%), нейтропения (вплоть до остановки дыхания) Тошнота, рвота, кишечные колики при в/в введении и приеме внутрь (усиливает моторику кишечника) [167]. Диарея, сыпь (редко); только у взрослых – повышение активности АСАТ, холестатическая желтуха, чаще при приеме эритромицин-эстолата (1:1000), крайне редко при приеме эритромицин-этилсульцината. Преходящая глухота при в/в введении > 4 г/сут (редко). Желудочковая экстракардиальная (3 случая), полиморфная желудочковая тахикардия при удлинении интервала QT. Аритмогенное действие усиливают некоторые антигистаминные средства (см. табл. 22, с. 186). Дозы препаратов для приема внутрь приводятся в пересчете на чистый эритромицин. Для достижения необходимого уровня эритромицина в сыворотке разные соли антибиотика применяют в разных дозах из-за разной биодоступности, например 400 мг эритромицин-этилсульцината соответствуют 250 мг эритромицина, эритромицин-стеарата и эритромицин-эстолата. При определении максимального уровня эритромицин-эстолата в сыворотке следует помнить, что на долю эритромицина приходится только 20–30%, а 70–80% составляет неактивный эстолат. Эритромицин и эритромицин-стеарат следует принимать до еды; таблетки эритромицин-этилсульцината и эритромицин-эстолата выпускаются в оболочке, растворяющейся в кишечнике, поэтому их начинают без связи с приемом пищи. Препараты для в/в введения – эритромицин-глицерат и эритромицин-лактобионат. Оба препарата обеспечивают одинаковый максимальный уровень эритромицина в сыворотке (10 мкг/мл)

Препарат	Дозы у взрослых ^a	Побочные эффекты. Примечания
МАКРОЛИДЫ, ВАНКОМИЦИН, ЛИНКОМИЦИН, ХЛОРАМФЕНИКОЛ (продолжение)		
Ванкомицин	1 г в/в (инфузия x 2 ч) каждые 12 ч. 125 мг внутрь каждые 6 ч. 5–10 мг нитратехално каждые 48–72 ч	Флебит (13%), пикорадка (1%), сыпь (1%), тошнота, ототоксичность (< 1%). Нефротоксичность (5%); риск выше при лечении > 3 нед. минимальном уровне в сыворотке > 10 мкг/мл, сочетании с аминогликозидами – у 22% [188]. Нейтропения (2%), эозинофилия, анафилактические реакции с ангионевротическим отеком (крайне редко), синдром красного человека (пиперидина, шеи и верхней части туловища, обусловленная высвобождением гистамина) [90], артериальная гипотония при быстром (≤ 10 мин) в/в введении. Терапевтический уровень в сыворотке: максимальный 35–45 мкг/мл, минимальный 5–10 мкг/мл
Линкомицин	0,5 г внутрь каждые 6–8 ч. 0,6 г в/м или в/в каждые 6 ч	Псевдомембранозный колит, сыпь, анафилактические реакции, нейтропения (?), гепатотоксичность (?), блокада нервно-мышечного проведения
Новобиоцин	0,25–0,5 г внутрь каждые 6 ч	Сыпь (8–18%), пикорадка, дисфункция ЖКТ, изменения крови (редко), гепатотоксичность (?), апноэция, <i>in vitro</i> высокоактивен в отношении <i>Bacillus anthracis</i> , <i>Salmonella typhimurium</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> . Показан при носительстве <i>S. aureus</i> , устойчивого к метициллину (см. табл. 1, с. 23)
Хлорамфеникол	0,25–0,75 г внутрь каждые 6 ч. 50 мг/кг/сут в/в	Дисфункция ЖКТ, анемия (30%), апластическая анемия (1:21 600). Не исключено, что может вызывать лейкоз у детей [228]. Синдром серого ребенка (у недоношенных), пикорадка, сыпь, анафилаксия, атрофия зрительного нерва, нейтропения (крайне редко), перестезия пальцев, незначительные дисульфирамоподобные реакции
ТЕТРАЦИКЛИНЫ		
Тетрациклин, окситетрациклин	0,25–0,5 г внутрь каждые 6 ч. 0,5–1 г в/в каждые 12 ч. Возможно (но не рекомендуется) в/м введение	Дисфункция ЖКТ (окситетрациклин – у 19%, тетрациклин – у 4%), сыпь, фотосенсибилизация, анафилактические реакции (редко), накопление в зубах, недоразвитие зубной эмали, отрицательный азотный баланс, гепатотоксичность (введение > 2 г/сут в/в может вызвать поражение печени со смертельным исходом), повышенные внутричерепного давления и энцефалопатия, угнетение кроветворения (?). Просроченный препарат может вызвать синдром Фанкони. Блокада нервно-мышечного проведения (?). Избегать сочетания с метоксифлураном. Противопоказаны беременным из-за гепатотоксичности и способности проникать через плаценту. Окситетрациклин активен в отношении <i>M. tuberculosis</i> , эффективен при цистите, вызванном <i>P. aeruginosa</i>
Доксициклин	100 мг внутрь или в/в каждые 12 ч в 1–е сут, далее 100–200 мг/сут	Характерные для тетрациклинов. Тошнота, чаще при приеме натощак. Эрозивный эзофагит, особенно при приеме на ночь. Реже вызывает фотосенсибилизацию и меньше накапливается в зубах, чем тетрациклин. Применяют при почечной недостаточности. Эффективен для лечения и профилактики малярии, лептоспироза, брюшного тифа; в дозах 100 мг внутрь 1 раз/сут – 1 раз/нед вызывает фотосенсибилизацию крайне редко
ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ. ПРИМЕЧАНИЯ		
ТЕТРАЦИКЛИНЫ (продолжение)		
Миноциклин	100 мг внутрь каждые 12 ч	Характерные для тетрациклинов. Вестибулярные нарушения (30–90%): головокружение (33%), атакия (43%), тошнота (50%), рвота (3%). У женщин уровень препарата в сыворотке выше, чем у мужчин, и побочные эффекты возникают чаще (в одном исследовании – у 70% женщин и 28% мужчин). Аллергический пневмонит (крайне редко). Более эффективен для лечения стафилококковых и пропиолактаци менингококковых инфекций, чем другие тетрациклины. Активен в отношении штаммов <i>Propionibacterium asnes</i> , устойчивых к другим тетрациклинам. Активен в отношении <i>Nocardia asteroides</i> , <i>Mycobacterium marinum</i>
ПОЛИПЕПТИДНЫЕ АНТИБИОТИКИ		
Бацитрацин	25 000 МЕ в/м каждые 6 ч	Альбуминурия, азотемия, тошнота, рвота, сыпь, боль в месте инъекции (разводить в 1% лидокаине)
Колистин-мезилат	1,5–5 мг/кг/сут в/м	Перестезия, атакия, пикорадка, нефротоксичность, блокада нервно-мышечного проведения (остановка дыхания)
Полимиксин	1,5–2,5 мг/кг/сут в/м (или в/в, если в/м введение противопоказано) (1 мг = 10 000 МЕ)	Боль в месте инъекции, перестезия, атакия, нефротоксичность, блокада нервно-мышечного проведения (вплоть до остановки дыхания)
ФТОРХИНОЛОНЫ*		
Ломефлоксацин	400 мг внутрь 1 раз/сут	Необходимость отмены у 2,6%. Тошнота (3,7%), диарея (1,4%), головная боль (3,2%), головокружение (2,3%), бессонница, возбуждение, фотосенсибилизация (2,4%), изменения лабораторных показателей (< 1%). Не взаимодействует с теофиллином и кофеином. Антагонизм, сукральфат, железо, цинк снижают всасывание препарата
Офлоксацин	200–400 мг внутрь 2 раза/сут. 200–400 мг в/в каждые 12 ч	Всего у 11% необходима отмена у 4%. Тошнота (3%), диарея (1%), бессонница (3%), головная боль (1%), головокружение (1%). Редко (< 1%): артралгия, сыпь, синдром Стивенса-Джонсона. Повышение АСАТ, эозинофилия, гематурия. В опытах на животных – артропатия
Руфлоксацин (в США не применяют)	400 мг внутрь в 1–е сут, далее 200 мг 1 раз/сут. Неосложненный дистит: 330–400 мг внутрь однократно	Всего у 10% необходима отмена – редко. Дисфункция ЖКТ (5%): диспепсия, тошнота, рвота. Неврологические нарушения (4%): бессонница, возбуждение. Редко (< 1%): эритема, сыпь, анафилаксия. В опытах на животных артропатии не наблюдаются

* До назначения – см. Лекарственные взаимодействия, табл. 22, с. 185

Препарат	Дозы у взрослых ^a	Побочные эффекты. Применения
ФТОРХИНОЛОНЫ (продолжение)		
Ципрофлоксацин	500–750 мг внутрь 2 раза/сут. 200–400 мг в/в каждые 12 ч (400 мг в/в = 750 мг внутрь)	Необходимость отмены у 3,5%. Дисфункция ЖКТ (1,5%); тошнота, диарея, рвота, боль в животе. Неврологические нарушения (0,4%); головная боль, возбуждение, бессонница, кошмарные сновидения, психоз (крайне редко). Гиперчувствительность (0,6%); сыпь, отек Квинке. Артриты (< 1%), интерстициальный нефрит (< 1%), повышение АСАТ (1,7%), ЦФ (0,8%), креатинина (1,1%), лейкоциты (0,4%). При шлопочной реакции мочи в дозе ≥ 1 г/сут вызывает кристаллурию (30%). Безопасность у детей и беременных не установлена. В исследованиях на животных 5–16-кратное увеличение дозы вызывает повреждение хрящей и артропатию

ПРЕПАРАТЫ РАЗНЫХ ГРУПП

Метронидазол	Инфекции, вызванные анаэробами: 7,5 мг/кг (500 мг) в/в каждые 6 ч; максимальная доза 4 г/сут. Можно вводить ректально (в клизме или свечах)	При печеночной недостаточности (асцит, энцефалопатия, увеличение ПВ, гиповальбеминемия) 1/10 возрастает для уменьшения побочных эффектов дозу снижают (вдвое). Всасывается при местном применении (вагинальный гель). Тошнота, рвота, диарея, металлический привкус во рту, парезацит (1 случай), головная боль, парестезии (редко), атаксия, судороги. Во время лечения и в течение 48 ч после отмены избегать алкоголя (дисульфирамоподобные реакции). Темная моча (часто, но не опасно), нейтропения, тромбоцитопения (крайне редко), гинекомастия (1 случай после 14 сут лечения), крапивница. Проявляет мутагенные свойства в тесте Эймса. В опытах на животных при пожизненном применении высоких доз – канцерогенное действие; у людей риск не доказан. Не оказывает тератогенного действия
Мультироцин	1% мазь, 3 раза/сут местно × 5 сут	Жжение (1,5%), зуд (1%), сыпь, дерматит (< 1%). Применяют для лечения импетиго. По эффективности не уступает антибиотикам, применяемым внутрь. Используют для подавления в носу <i>S. aureus</i> , в том числе штаммов, устойчивых к метциллину [54]. При длительном применении развивается устойчивость. Эффективен при кандидозе кожи [235]
Тейкопланин (в США не применяют)	Тяжелые инфекции: 400 мг в/в или в/м каждые 12 ч в первые 3 сут (насыщающая доза), далее 400 мг (6 мг/кг) 1 раз/сут в/в или в/м	Лихорадка (в дозе 3 мг/кг – у 2,2%, 24 мг/кг – у 8,2%), кожные реакции (2,4%), ототоксичность (0,2%), нефротоксичность (0,1%), повышение ЦФ (9%), гамма-глутамилтранспептидазы (17%). Реже, чем ванкомицин, вызывает синдром «красного человека» [192]. При инфузионном артрите поддерживающая доза 12 мг/кг/сут; при эндокардите, вызванном <i>S. aureus</i> , насыщающая доза 12 мг/кг каждые 12 ч × 3 сут, поддерживающая – 12 мг/кг 1 раз/сут (минимальный уровень в сыворотке > 20 мг/мл)

Препарат	Дозы у взрослых ^a	Побочные эффекты. Применения
----------	------------------------------	------------------------------

ПРЕПАРАТЫ РАЗНЫХ ГРУПП (продолжение)

ТМП/СМК	Внутрь (инфекции мочевого пузыря, средний отит): 160/600 мг 2 раза/сут. В/в (расчет дозы по ТМП): 8 мг/кг/сут каждые 6 или 12 ч; при шигеллезе – 2,5 мг/кг каждые 6 ч (инфузия × 60–90 мин). Пневмоцистная пневмония – см. табл. 10, с. 132–133	Теоретически возможны все побочные эффекты, характерные для сульфаниламидов, хотя многие из них пока не наблюдались. Всего у 10–33%. Противопоказан при метаболостной анемии. Сыпь (пятнисто-папулезная, кореподобная, крапивница). У ВИЧ-инфицированных побочные эффекты часты и обусловлены токсичностью метаболитов, а не аллергией. Дисфункция ЖКТ (3%): тошнота, рвота, диарея, glossitis, черноты языка, желтуха (редко). Головная боль, депрессия, галлюцинации (редко), повышение внутричерепного давления [22]. Ложное повышение креатинина, почечная недостаточность. Обратная гиперкальциемия при назначении высоких доз [75, 336]. Нейтропения, тромбоцитопения, атакулоцитоз, апластическая анемия (1 случай). При в/в введении возможен приступ бронхиальной астмы у сенситизированных к соединениям серы. Инфильтраты в легких (редко), респираторный дистресс-синдром взрослых (1 случай при приеме внутрь)
Тролеандомицин	250 мг внутрь 1–2 раза/сут	При гормональнозависимой бронхиальной астме уменьшает потребность в метилпреднизолоне [336]
Фузидиевая кислота (в США не применяют)	500 мг 3 раза/сут внутрь или в/в	Незначительная дисфункция ЖКТ, сыпь (редко), желтуха (у 48% при в/в введении, у 13% при приеме внутрь). Не проникает в СМЖ, с мочой выводится < 1%. Активна в отношении штаммов <i>S. aureus</i> , устойчивых к метциллину

^a Дозы даны для больных среднего веса (60–70 кг) с нормальной функцией почек и печени. Дозы зависят от тяжести заболевания: при инфекциях, угрожающих жизни, применяют высокие дозы, при нетяжелых инфекциях – меньшие дозы. После выбора препарата следует изучить инструкцию, вложенную в упаковку, и уточнить дозы, пути введения, противопоказания и побочные эффекты.

^b *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides ovatus*, *Bacteroides thetaiotaomicron*.

^c В Европе широко применяют введение аминоклиозидов 1 раз/сут в сочетании с β-лактамами; этот метод все чаще используют и в США. Введение 1 раз/сут столь же эффективно, как дробное введение, а при нормальной функции почек снижается риск нефротоксичности и легче достигается необходимый уровень в сыворотке [89, 92]. Интервалы между введениями β-лактамов подбирают так, чтобы уровень в сыворотке превышал МПК.

Таблица 7. Антибактериальные средства, применяемые при инфекциях мочевыводящих путей

Препарат	Антимикробный спектр	Дозы	Путь введения	Побочные эффекты, Примечания
Кариндациллин	Только против <i>P. aeruginosa</i> . При системных инфекциях неэффективен	382–764 мг 4 раза/сут	Внутрь	Повышение АСАТ (редко), тошнота, рвота, диарея, обложенный язык (20%), сыпь (27%), неприятный привкус и запах изо рта (55%), метеоризм, зуд, эозинофилия
Метанамин-гипурат	In vitro препараты активны в отношении большинства бактерий. Сам метанамин не активен, но в кислой среде распадается с высвобождением формальдегида. Эффективен только в кислой среде (наилучший эффект при pH мочи \approx 5)	1 г каждые 12 ч 1 г каждые 6 ч (в 1 г – 480 мг метенамина)	Внутрь	Всего у 3%. Тошнота, рвота, сыпь, диурез. Не следует пить много жидкости, т. к. уровень формальдегида может стать < МПК. Неэффективен при установленном мочевом катетере. Если pH мочи > 5,0, для закисления мочи назначают аскорбиновую кислоту (1–2 г каждые 4 ч); эффективность клюквенного сока (1,2–4 л/сут) спорна. Метенамин применяют крайне редко, только для профилактики рецидива инфекции после ее подавления другими препаратами. Не показан при пиелонефрите
Налидиксовая кислота	Хинолон (не фторированный), менее активен, чем новые препараты. Иногда быстро развивается высокая устойчивость. Неактивен в отношении <i>Staphylococcus saprophyticus</i>	1 г каждые 6 ч	Внутрь	Дисфункция ЖКТ, лихорадка, эозинофилия, фотосенсибилизация, головная боль, сонливость, головокружение, нарушения зрения, судороги, повышение внутричерепного давления (7), гемолитическая анемия, тромбоцитопения (крайне редко). Не рекомендуются детям, беременным и кормящим матерям. В эксперименте вызывает повреждение хрящей у молодых животных
Нитрофурантоин	См. табл. 4А, с. 79. Эффективность возрастает в кислой среде и резко снижается при pH мочи \geq 8. Неэффективен при терминальной почечной недостаточности	100 мг каждые 6 ч (5–7 мг/кг). Всыривание улучшает прием пищи. Профилактический прием: 25 мг 4 раза/сут	Внутрь	Тошнота и рвота, гиперчувствительность, периферическая дисциркуляторная ангиопатия; респираторный дистресс-синдром взрослых, хроническая интерстициальная пневмония, фиброз легких. Внутривеночный холера паротит (1 случай). Противопоказан при почечной недостаточности, у новорожденных
Норфлоксацин	См. табл. 4А, с. 79. Активность снижается при щелочной реакции мочи и глюкозурии. Избегать сочетания с антацидами, препаратами, содержащими алюминий, железо, цинк (снижают всасывание норфлоксацина)	400 мг 2 раза/сут	Внутрь (натощак)	Противопоказан беременным и детям. Всего у 3,4%. Головокружение (1,8%), головная боль (2,7%), бессонница, тошнота (2,8%), повышение АСАТ (1,8%), лейкопения (1,2%), эозинофилия (1,8%), сыпь, утомляемость, кристаллурия при превышении дозы (много пить)
Препарат	Антимикробный спектр	Дозы	Путь введения	Побочные эффекты, Примечания
Пивмециллин (в США не применяют)	Грамотрицательные бактерии, энтерококки; неактивен в отношении <i>P. aeruginosa</i>	200 мг каждые 8 ч	Внутрь	Дисфункция ЖКТ, сыпь, анафилактика (периферическая реакция с другими пенициллинами), повышение АСАТ. Противопоказан в первом триместре беременности
Сульфамиды	Предпочитают препараты короткого действия, создающие высокую концентрацию в моче и хорошо растворимые в кислой среде. Более активны при щелочной реакции мочи. Особенно активны в отношении <i>E. coli</i> и <i>Proteus mirabilis</i> . К сульфамидам устойчивы многие штаммы <i>Klebsiella</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Pseudomonas</i> , индолположительные штаммы <i>Proteus</i>	Зависят от препарата	Внутрь	Сыпь, лихорадка, зуд, фотосенсибилизация, узелковый периартериит, системная красная волчанка, синдром Стивенса-Джонсона, сывороточная болезнь, миокардит, психоз, депрессия, невриты, галатотоксичность, атрокулоцитоз, гемолитический гепатит, гемолиз при дефиците Г-6-ФД (НЬ Цюрих), кристаллурия, тошнота и рвота, головная боль, головокружение, утомляемость, ацидоз, метгемоглобинемия, тератогенное действие (?). Противопоказан новорожденным и в предродовом периоде
Триметоприм	Энтеробактерии; неактивен в отношении энтерококков, стафилококков и псевдомонад	100 мг каждые 12 ч, или 200 мг 1 раз/сут 100–300 мг каждые 12 ч	Внутрь В/в (в Воликобритании)	Сыпь (2,9%, в дозе 400 мг/сут – у 24%), зуд, эксфолиативный дерматит, тошнота, рвота, glossит, тромбоцитопения, лейкопения, нейтропения (редко), лихорадка, асептический менингит (крайне редко). Возможно развитие устойчивости
ТМП/СМК	См. табл. 4А, с. 79	180/800 мг 2 раза/сут внутрь	Внутрь	Возможны все побочные эффекты, характерные для сульфамидов (см. выше). Всего у 10–20%. См. табл. 1, с. 38. Противопоказан в предродовом периоде, новорожденным, при металлобластной анемии
Цефдроксил	См. табл. 4А, с. 77	1 г 1 раз/сут – 1 г каждые 12 ч	Внутрь	Всего у 4,5%. Тошнота, рвота, диарея, сыпь, отек Квинке, синдром Стивенса-Джонсона (крайне редко), незначительная лейкопения, повышение АСАТ
Цинкоксацин	Грамотрицательные бактерии – возбудители инфекций мочевыводящих путей (энтеробактерии); неактивен в отношении энтерококков и псевдомонад	0,5 г каждые 12 ч	Внутрь	Дисфункция ЖКТ (5%), неврологические нарушения (0,3%), сыпь (< 3%), повышение АМ (1%). Хинолон (не фторированный), близок к налидиксовой кислоте
Эноксацин	См. табл. 4А, с. 79	400 мг 2 раза/сут, или 600 мг 1 раз/сут	Внутрь	Дисфункция ЖКТ (1,1%), неврологические нарушения (0,3%), сыпь (0,2%). Взаимодействие с препаратами – см. табл. 22, с. 186

Таблица 8А. Лечение грибковых инфекций, актиномикоза и нокардиоза

Диагноз. Возбудители	Локализация	Препараты		Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
		выбора	резерва		
Актиномикоз. <i>Actinomyces</i> spp. (<i>A. israelii</i> , <i>A. naeslundii</i> , <i>A. viscosus</i> , <i>A. odontolyticus</i>), <i>Arachnia propionica</i>	Шейно-лицевой, легочный, брюшной полости	Бензилпенициллин или ампициллин	Тетрациклин; или клиндамицин; или эритромицин	Бензилпенициллин, 10–20 млн МЕ/сут в/а x 4–6 нед, далее феноксиметилпенициллин, 2–4 г/сут внутрь x 6–12 мес. Ампициллин, 50 мг/кг/сут в/а x 4–6 нед, далее амоксициллин, 0,5 г внутрь 3 раза/сут x 6 мес	При абсцессе труб и яичников удалить, внутриматочные контрацептивные средства. При абсцессах и свищах показано хирургическое вмешательство. Недостаток пенициллинов – необходимость частого амбулаторного в/а введения. Испытывают антимотики, применяемые 1–2 раза/сут (цефтриаксон)
		Противогрибковые препараты не назначают			Средства выбора – глюкокортикоиды. Итраконазол (200 мг внутрь 2 раза/сут) – улучшение функции внешнего дыхания у всех 6 больных [132]
		Эффективность противогрибковых препаратов не доказана			Итраконазол внутрь – улучшение у 10 из 14 [184]. При легочном кровотечении показана операция (последующие осложнения у 25%)
Бластомикоз. <i>Blastomyces dermatitidis</i>	Инвазивный, легочный и внелегочный	Амфотерицин В ± рифампицин	Итраконазол	Амфотерицин В: быстрое увеличение дозы до 0,8–1 мг/кг в/а 1 раз/сут; общая доза 2–2,5 г. Рифампицин: 600 мг внутрь 1 раз/сут	Чаще отмечают при выраженной нейтропении (< 500/милл). Обычная доза амфотерицина В – 1 мг/кг/сут (достигают за 48 ч) [174]. Итраконазол эффективен у 80%; возможно, более эффективен, чем амфотерицин В [163]
	Кожный, легочный и внелегочный	Итраконазол	Кетоконазол или амфотерицин В	Итраконазол: 200 мг внутрь 1 раз/сут во время завтрака x 6 мес	Итраконазол: при приеме \geq 2 мес излечение у 95% [25]. Флуконазол: 50–100 мг 1 раз/сут, излечение у 7 из 15 [84]

Диагноз. Возбудители	Локализация	Препараты		Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
		выбора	резерва		
Гистоплазмоз. <i>Histoplasma capsulatum</i>	Легочный, диссеминированный у больных без иммунодефицита	Итраконазол	Амфотерицин В, 0,6 мг/кг/сут в/а x 7 сут; далее 0,8 мг/кг в/а через день	Итраконазол: 200 мг внутрь 1 раз/сут во время завтрака x 9 мес. При угрожающей жизни инфекции – 200 мг внутрь 2 раза/сут x 3 сут, далее 200 мг 2 раза/сут до излечения	При легочной и внелегочной хронической инфекции прием итраконазола \geq 2 мес приводит к излечению у 86% [25]. При фиброзном медиастините, вызванном <i>H. capsulatum</i> , противогрибковые препараты неэффективны
		Амфотерицин В		Амфотерицин В: 0,6 мг/кг/сут в/а x 7 сут, далее 0,8 мг/кг в/а через день (или 3 раза/нед) до общей дозы 10–15 мг/кг, далее 50 мг в/в 1 раз/нед, или итраконазол, 200 мг/сут внутрь	
Дерматофития	Волосистой части головы. <i>Trichophyton tonsurans</i> и др.	Гризеофульвин	Кетоконазол	Гризеофульвин: 500 мг 1 раз/сут x 4–6 нед. Кетоконазол: у взрослых 200 мг внутрь 1 раз/сут x 4 нед; у детей 3–3,6 мг/кг внутрь 1 раз/сут x 4 нед	Увеличение дозы гризеофульвина до 500 мг внутрь 2 раза/сут уменьшает частоту рецидивов [358]
	Паховой области и стоп. <i>Trichophyton rubrum</i> , <i>Trichophyton mentagrophytes</i> , <i>Epidemiothryton floccosum</i>	Миконазол; или клотримазол; или циклопирокс; или эконазол; или оксиконазол; или триконазол; или сульконазол; или нафтифин	Ундециленовая кислота; или толнафтат; или галопрогин	Местно: 2 раза/сут x 2–3 нед	Не носить облегающую одежду. При легком течении применяют толнафтат. При дерматофитии паховой области назначают кетоконазол (2% крем). Флуконазол [®] , 150 мг внутрь 1 раз/нед эффективен у 86% при дерматофитии гладкой кожи и паховой области и у 70% при поражении стоп [142]
	Гладкой кожи	Кетоконазол	Кетоконазол	Кетоконазол: 200 мг/сут внутрь \geq 4 нед	Кетоконазол эффективен при тяжелой рецидивирующей инфекции. Следить за функцией печени

Диагноз, Возбудители	Локализация	Препараты выбора	Препараты резерва	Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
Дерматомикоз (продолжение)	Онхимикоз	Гризеофульвин или тиоконазол (28% местно)	Тербинафин (проходит испытание)	Гризеофульвин: 1 г (500 мг 2 раза/сут) внутрь, при поражении ногтей на руках × 3–4 мес, ногтей на ногах × 6 мес 250 мг 4 раза/сут × 14 сут	Поражения ногтей на ногах обычно не лечат из-за частых (50%) рецидивов. Тербинафин, 125 мг внутрь через день × 14 сут, более эффективен, чем гризофульвин Дифференциальный диагноз с дерматомикозом стопы; при эритразме – кораллово-красная флуоресценция в лучах Вуда
	Эритразма, <i>Syphilobacterium pilosissimum</i>	Эритромицин		250 мг 4 раза/сут × 14 сут	
	Отрубевидный лишай, <i>Malassezia furfur</i> , <i>Pityrosporum orbiculare</i>	Кетоконазол или селена сульфид (2,5% лосьон)	Кремы: циклопирокс; или миконазол; или толнафтат; или сульконазол	Кетоконазол: 2% крем 1 раз/сут × 2 нед. Селена сульфид: 2,5% лосьон, 1 раз/сут × 7 сут (втирать в пораженные участки, через 10 мин смывать); или кетоконазол: 400 мг внутрь однократно*	Есть сообщение, что кетоконазол внутрь эффективен у 97%
Кандидоз, <i>Candida</i> spp. (<i>C. albicans</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. guilliermondii</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. pseudotropicalis</i> , <i>C. lusitanae</i> , <i>C. rugosa</i>), <i>Toxoplasma glabrata</i>	Катетерная фунгемия без диссеминации инфекции	Амфотерицин В	Флуконазол	Амфотерицин В: 0,4 мг/кг/сут. Общая доза 7 мг/кг. Флуконазол: 400 мг внутрь в 1-е сут, далее 200 мг 1 раз/сут × 4 нед	См. табл. 1, с. 59. Заменить венозный катетер, не используя проводник. Офтальмологическое исследование. Лечение обязательно, повторные посевы крови. Амфотерицин В: при обычной дозе (общая доза 3 мг/кг) возможна диссеминация инфекции (эндотфальмит и абсцессы печени), поэтому мы применяем более высокие дозы
	Фунгемия с диссеминацией инфекции в легкие, пенишь, селезенку, глаза	Амфотерицин В	Флуконазол	Амфотерицин В: 0,6 мг/кг/сут в/в × 7 сут, далее 0,8 мг/кг в/в через день до явного улучшения. Общая доза обычно 0,5–1 г [138]	Поражение печени и селезенки возможно при остром лейкозе на фоне химиотерапии и нейтропении. Флуконазол, 200–400 мг 1 раз/сут × 6–12 мес, эффективен у 20 из 22 больных после безуспешного лечения амфотерицином В или его отмены из-за побочных эффектов [18]
	Кожи и слизистых, хронический	Кетоконазол	Амфотерицин В	Кетоконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут во время еды × 3–9 мес	Амфотерицин В эффективен, но часты рецидивы

Диагноз, Возбудители	Локализация	Препараты выбора	Препараты резерва	Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
Кандидоз (продолжение)	Кожный (в том числе пероральный, см. табл. 1, с. 21)	Амфотерицин В эконазол, кетоконазол, миконазол, нистатин	Амфотерицин В, клотримазол, миконазол, нистатин	Местно: 3–4 раза/сут × 7–14 сут. кетоконазол, 1 раз/сут × 14 сут 2 раза/сут × 7–14 сут	
	Эндокардит	Амфотерицин В + фторцитозин		Амфотерицин В: 0,6 мг/кг/сут в/в × 7 сут, далее 0,8 мг/кг через день. Продолжить 6–10 нед после операции. Фторцитозин: 100–150 мг/кг/сут внутрь, дозу разделяют, прием 4 раза/сут	Показано раннее хирургическое вмешательство Дозы и интервалы подбирают так, чтобы достичь максимального уровня в сыворотке 70–80 мг/л и минимального 30–40 мг/л. В сочетании с амфотерицином В фторцитозин нефротоксичен, поэтому его дозу часто уменьшают
	Стоматит (молочница)	Нистатин или клотримазол	Флуконазол	Нистатин: 500 000 МЕ (рассасывать и глотать со слюной) 4 раза/сут или 1 млн МЕ 3 раза/сут × 14 сут. Клотримазол: 10 мг 5 раз/сут × 14 сут	Флуконазол: однократный прием 100 мг внутрь был эффективен у всех 16 больных, но через 2 нед у 12 рецидивы [91]. Профилактический прием показан только при СПИДе. Улучшение через 3–4 сут, дальнейшее лечение снижает риск рецидива. На фоне флуконазола возможна фунгемия, вызванная <i>S. krusei</i> [321]
	Брюшной полости, при перитонеальном диализе	Амфотерицин В + фторцитозин	Часто необходимо удалить перитонеальный катетер	Амфотерицин В, 4 мг/2 л диализата в 1-е сут, далее 3 мг/2 л + фторцитозин, 200 мг/2 л в 1-е 3 сут, далее 100 мг/2 л интраперитонеально	В диализат добавляют гепарин, 500 ME/2 л. Объем диализата уменьшают до 1–1,5 л, время диализа увеличивают до 30 мин
	Мочевого пузыря	Флуконазол		200 мг в 1-е сут, далее 100 мг 1 раз/сут × 3–5 сут	Исключить микетому почечной лоханки. Удалить мочевой катетер
			Амфотерицин В (промывание мочевого пузыря)	При обычном разведении (50 мг амфотерицина В в 1 л стерильной воды) препарат вводят 200–300 мл в разведении 5–10 мг/л, перекрывают катетер, оставляя препарат в мочевом пузыре на 60–90 мин, затем жидкость удаляют. Промывание – каждые 6 ч. При изолированном поражении мочевого пузыря достаточно 2 сут лечения [147]	

Диагноз. Возбудители	Локализация	Препараты		Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
		выбора	резерва		
Кандидоз (продолжение)	Влагалища	Местно: миконазол; или клотримазол; или бупроконазол; или триконазол; или терконазол. Внутри: флуконазол	Нистатин или итраконазол	Миконазол: вагинальные таблетки по 200 мг, 1 таб 1 раз/сут на ночь x 3 сут; или 2% крем (5 г) 1 раз/сут на ночь x 7 сут. Клотримазол: вагинальные таблетки по 100 мг, 2 таб 1 раз/сут на ночь x 3 сут; или 1% крем (5 г) x 7 сут (более эффективно x 14 сут). Бупроконазол: 2% крем (5 г) 1 раз/сут на ночь x 3 сут. Триконазол: вагинальные таблетки по 80 мг, 1 таб 1 раз/сут на ночь x 3 сут; или 0,4% крем (5 г) 1 раз/сут на ночь x 7 сут	Не носить облегающую одежду. При беременности длительность лечения удваивается. Все препараты группы имидазолов одинаково эффективны (лечение у 85-95%), нистатин менее эффективен. Прием препаратов внутрь подавляет рост <i>Candida spp.</i> в прямой кишке и уменьшает частоту рецидивов. Флуконазол: 150 мг внутрь однократно [128]. Итраконазол: 200 мг внутрь 1 раз/сут x 3 сут [104]; при однократном приеме* менее эффективен, чем флуконазол
	При СПИДе: ротоглотка, пищевода, влагалища	Флуконазол; или нистатин; или клотримазол	Амфотерицин В в/в	Флуконазол: 200 мг внутрь в 1-ю сут, далее 100 мг 1 раз/сут до улучшения (3-4 сут), далее 100 мг 1 раз/нед [286]	Если через 1 нед эффекта нет, препарат отменить и назначить амфотерицин В (0,3 мг/кг в/в 1 раз/сут x 7 сут). С. <i>krusei</i> устойчивы к флуконазолу. Возможно появление устойчивых штаммов <i>T. glabrata</i> . Устойчивость <i>S. albicans</i> бывает редко, итраконазол обычно эффективен
	Фунгофобия				В двойном слепом исследовании нистатин был неэффективен [311]
Кокцидиомикоз. <i>Coccidioides immitis</i>	Легочный и внелегочный	Амфотерицин В	Флуконазол или итраконазол	Амфотерицин В: 0,6 мг/кг/сут в/в x 7 сут, далее 0,8 мг/кг через день. Общая доза $\geq 2,5$ г. Флуконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут. Итраконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут x 9-12 мес	Амфотерицин В: лечение у 50-70%, части рецидивов. Эффективность флуконазола и итраконазола примерно одинакова: 61 и 57%. Необходимо длительный прием итраконазола (> 11 мес) [140]. Рецидивы у 15-25%

Диагноз. Возбудители	Локализация	Препараты		Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
		выбора	резерва		
Кокцидиомикоз (продолжение)	Менингит У взрослых У детей	Амфотерицин В	Флуконазол внутри + амфотерицин В интратекально	Амфотерицин В: 0,6 мг/кг/сут в/в x 7 сут, далее 0,8 мг/кг через день (общая доза $\geq 2,5$ г) + 0,1-0,3 мг/сут интратекально (в желудочни мозга). Флуконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут x 9-12 мес	Интратекальное введение через арахноидитом, бактериальной суперинфекцией. Рецидивы у 25% детей, 40-50% взрослых [140, 358]. Дозы амфотерицина В для интратекального введения у детей не установлены. Итраконазол, 400 мг/сут, эффективен у 4 из 5 больных [46]
Криптококкоз. <i>Cryptococcus neoformans</i>	Неменингеальные инфекции иммунодефицита	Амфотерицин В, далее флуконазол	Амфотерицин В + фторцитозин	Амфотерицин В: 0,5-0,8 мг/кг/сут в/в, отменяют после достижения эффекта. Флуконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут x 8-10 нед	Интратекальное введение через арахноидитом, бактериальной суперинфекцией. Рецидивы у 25% детей, 40-50% взрослых [140, 358]. Дозы амфотерицина В для интратекального введения у детей не установлены. Итраконазол, 400 мг/сут, эффективен у 4 из 5 больных [46]
	Менингит в отсутствие иммунодефицита	Амфотерицин В, далее флуконазол	Амфотерицин В + фторцитозин	Амфотерицин В: 0,5-0,8 мг/кг/сут в/в, отменяют после достижения эффекта. Флуконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут x 8-10 нед	Дозу и частоту приема фторцитозина подбирают так, чтобы достичь необходимой концентрации в сыроворотке (максимальный уровень 70-80 мг/л, минимальный 30-40 мг/л) В сочетании с амфотерицином В дозу фторцитозина уменьшают
	При иммунодефиците, в том числе при ВИЧ-инфекции	Амфотерицин В, далее флуконазол	Флуконазол, 400 мг внутрь x 6-10 нед, далее пробиолитический прием, 200 мг 1 раз/сут	Амфотерицин В: 0,5-0,8 мг/кг/сут в/в до прекращения лихорадки, головной боли, тошноты и рвоты; флуконазол: 400 мг внутрь 1 раз/сут x 8-10 нед, далее 200 мг внутрь 1 раз/сут пожизненно. Если прием, 200 мг 1 раз/сут	Принято всегда назначать амфотерицин В, но при легком течении (нормальное психическое состояние, в СМЖ > 20 лейкоцитов/мл и титр криптококкового антигена < 1:1024) некоторые ограничиваются флуконазолом. Многие рекомендуют амфотерицин В + фторцитозин (см. выше). Если дозы замедленно снижают, амфотерицин В + фторцитозин обычно не угнетают кроветворение. Для профилактики рецидивов, возможно, эффективен итраконазол

Диагноз. Возбудители	Локализация	Препараты		Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
		выбора	резерва		
Мадуромикоз		Лечение при инфицировании <i>Nocardia spp.</i> – см. ниже			В США основной возбудитель – <i>Pseudallescheria boydii</i> (<i>Petridium spp.</i>), препарат выбора – миконазол в/в, в Мексике – <i>Nocardia brasiliensis</i> , в Японии – <i>Nocardia asteroides</i>
Мукоромикоз. <i>Rhizopus spp.</i>	Назоцеребральный, легочный	Амфотерицин В		Быстро увеличение дозы до 0,8–1 мг/кг/сут в/в, после улучшения вводить через день. Общая доза обычно 2,5–3 г	Лечение сопутствующих заболеваний и их осложнений, в первую очередь диабетического ketoацидоза. Обычно показана хирургическая обработка
Нокардиоз <i>Nocardia asteroides</i>	Легочный, состояние не критическое	ТМП/СМК или другие сульфаниламиды	Миноциклин; или амикацин + ИМП (или цефтриаксон, или цефуроксим)	Сульфаниламиды: 1 г внутрь 3 раза/сут. ТМП/СМК: 160/800 мг в/в или внутрь 4 раза/сут	Опыт применения ИМП ^а и цефтриаксона ^а небольшой, но результаты обнадеживают [16, 146]. ИМП усиливает действие ТМП/СМК и амикацина
<i>Nocardia brasiliensis</i>	Абсцесс головного мозга или угроза жизни	Сульфаментоксазол (или ТМП/СМК) + цефтриаксон, 2 г в/в каждые 12 ч + амикацин, 400 мг каждые 12 ч (максимальный уровень в сыворотке 20 мкг/мл) × 4–8 нед			При аллергии к сульфаниламидам: амикацин + цефтриаксон (или ИМП)
<i>Nocardia brasiliensis</i>		АМК/КЛ	Амикацин + цефтриаксон		К ИМП устойчивы все штаммы [194]
Паракокцидиомикоз (ожноамериканский бластомикоз)		Итраконазол или кетоконазол	Амфотерицин В или сульфаниламиды	Итраконазол: 50–100 мг/сут внутрь × 6 мес. Кетоконазол: 400 мг/сут внутрь × 6–18 мес	Итраконазол или кетоконазол: улучшение у > 90%. Сульфаниламиды ^а : 4–6 г/сут несколько недель, далее 500 мг/сут × 3–5 лет. Амфотерицин В: общая доза 1,5–2,5 г

Диагноз. Возбудители	Локализация	Препараты		Схемы лечения препаратами выбора	Примечания
		выбора	резерва		
Споротрихоз. <i>Sporothrix schenckii</i>	Кожный	Насыщенный раствор йодида калия	Итраконазол ^а	Насыщенный раствор йодида калия (1 г/мл): 0,3 мл 3 раза/сут внутрь после еды, увеличивать до предела переносимости или до 1,5 мл 3 раза/сут	
	Висцеральный и диссеминированный	Итраконазол	Амфотерицин В ^а	Итраконазол: 300 мг внутрь 2 раза/сут × 6 мес, далее 200 мг внутрь 2 раза/сут длительно [150]	Некоторые рекомендуют амфотерицин В как препарат выбора
Хромомикоз. <i>Cladophiala Fonsecaea spp.</i>	Кожи ног (у мужчин в тропических странах)	Небольшие одиночные поражения удаляют хирургически или жидким азотом. При хронических обширных и глубоких поражениях применяют итраконазол. Флуконазол неэффективен		Итраконазол: 100 мг внутрь 1 раза/сут × 18 мес (до излечения)	Итраконазол был эффективен у всех 13 больных, у 2 – рецидивы (через 18 и 24 мес) [145]. Сапериконазол ^а (проходит испытания), вероятно, дает более быстрый эффект

^а Не одобрено FDA

Таблица 8Б. Противогрибковые средства: побочные эффекты

Препарат	Побочные эффекты. Примечания
Амфотерицин В	Флебит, озноб, лихорадка, тошнота, рвота, анорексия, металллический привкус, боль в животе. Снижение СКФ в первые 2 нед на 40%, при дальнейшем лечении СКФ – 20–60% нормы (если креатинин резко возрастает, лечение прерывают на 2–5 сут); нефрокальциноз, почечный канальцевый ацидоз (редко), гипокальциемия, гипомагниемия. При слишком быстром введении – артериальная гипотония, остановка кровообращения (крайне редко). Анемия вследствие нарушения усвоения железа (часто). Снижение уровня 17-кетостероидов в моче. До начала лечения исследовать водно-электролитный баланс, обратить внимание на прием диуретиков, ограничение потребления Na ⁺ , лечение β-лактамами, содержащими Na ⁺ (тикарциллин, пиперациллин и др.). Исследовать функцию почек, сердца, определить уровень калия. При гипонатриемии и дегидратации за 30 мин до начала инфузии ввести физиологический раствор, 500 мл в/в [119]. Фирмы-производители рекомендуют вводить пробную дозу – 1 мг (рекомендации выполняются только в 20% случаев). Авторы предпочитают проводить тщательное наблюдение в течение 30 мин после начала инфузии первой дозы. Амфотерицин В растворять в 5% глюкозе в концентрации 0,1 мг/мл (не использовать растворы электролитов). Премодикация – ацетаминофен, 650 мг внутрь. Гидрокортизон (25 мг добавляют в раствор для инфузии или вводят в/в струйно) предотвращает лихорадку. Безопасность ибупрофена спорна. При выраженном ознобе назначают меперидин (25–50 мг в/в), дантролен. Гепарин не показан при инфузии антибиотика через центральную вену. На животных показано, что пентоксифиллин снижает нефротоксичность [89], приводит к клиническим испытаниям. Оптимальная скорость инфузии не выяснена, показано, что если СКФ > 25 мл/мин и нет гиперкальциемии, то при длительности инфузии 1 и 4 ч частота побочных эффектов одинакова [20, 99]. Быстрая инфузия (за 1 ч) не сопровождается нарушениями ритма сердца при мониторинге ЭКГ по Холтеру [107]. Возможность быстрой инфузии упрощает амбулаторное применение препарата. После завершения инфузии вводят физиологический раствор, 500 мл в/в. Сведения о методике в/в введения и побочных эффектах собраны из многочисленных неконтролируемых исследований [6]
Гризеофульвин	Фотосенсибилизация, крапивница, дисфункция ЖКТ, утомляемость, лейкопения (редко). Ослабляет действие варфарина. Повышает уровень порфиринов в крови и моче, противопоказан при порфирии. Незначительные дисульфирамоподобные реакции. Обострение системной красной волчанки
Имидазолы (местно): бутаконазол, клотримазол, миконазол, тикоконазол, эконазол. Триазолы (местно): терконазол	Не рекомендуют в первом триместре беременности. Местные реакции у женщин (0,5–1,5%): незначительная эритема влагалища, наружных половых органов, боль после полового акта, жжение, зуд, крапивница, сыпь. Изначелка местные реакции возникают и у полового партнера

Препарат	Побочные эффекты. Примечания
Итраконазол	Всего у 39% (в дозе 400 мг/сут), необходимость отмены у 3% (при ВИЧ-инфекции у 10%). Дисфункция ЖКТ (10%): тошнота, рвота, диарея, боль в животе. Сыпь (9%, при ВИЧ-инфекции чаще), головная боль (4%), головокружение (2%), сонливость (1%), снижение либидо (1%), артериальная гипертония (3%), гипокальциемия (2%), явления у 3 из 2500, 1 летальный исход. Отеки (3%), утомляемость (3%), лихорадка (2%), гинекомастия (редко), недостаточность коры надпочечников (редко). Применение одобрено FDA при blastomycosis (легочном и внелегочном) и histoplasmosis (легочном и диссеминированном); при менингите не применяют. Максимальная доза 200 мг/сут. При приеме внутрь всасывание 55%, увеличивается при приеме с пищей. После приема 200 мг (во время еды) максимальный уровень в сыворотке 0,3 мкг/мл; через 15 сут устанавливается стационарная концентрация – 23 мкг/мл. T _{1/2} = 21 ч. Белком связывается 99,8%. Концентрация в жировой ткани, в коже в 2–20 раз больше, чем в сыворотке. В СМЖ не проникает. Превращается в печени, с мочой выводится < 1%, с калом 3–18%. Взаимодействие с препаратами – см. табл. 22, с. 182. После отмены рифампицина может потребоваться до 4 нед для достижения необходимого уровня итраконазола
Йодид калия	Сыпь, лихорадка, лимфаденопатия, паротит
Кетоконазол	Тошнота, рвота (3%); боль в животе (1%), диарея (< 1%), зуд (1%). Редко (< 1%): головная боль, головокружение, сонливость, светобоязнь, гипестезия, лихорадка, сыпь. Повышение АСАТ (2–5%), тяжелое поражение печени с летальным исходом (крайне редко). Гинекомастия (3–8%), подавление синтеза тестостерона и кортистероидов, обратимая недостаточность коры надпочечников (возможен адреналовый криз), импотенция, снижение либидо, азооспермия (в дозе ≥ 800 мг/сут). Анафилаксия. Начальная доза 200 мг/сут, при коксиномикозе ≥ 400 мг/сут. Максимальная доза 1,2 г/сут (уровень в сыворотке 10 мкг/мл). Циметидин и антациды нарушают всасывание препарата. При ахлоргидрии перед приемом препарат растворять в 4 мл 0,2 N HCl, пить через трубочку. Не проникает в СМЖ. Взаимодействие с препаратами – см. табл. 22, с. 182. Применяют для подавления синтеза стероидов при преждевременном половом созревании, гормонопродуцирующей карциноме
Миконазол в/в	Назначают при крайне тяжелых инфекциях, вызванных <i>Pseudallescheria boydii</i> . В некоторых клиниках применяют как препарат выбора у больных с нейтропенией для профилактики инфекции и при лихорадке (в сочетании с другими антимикробными средствами) [8, 193]
Нистатин	При местном применении не дает побочных эффектов. Менее эффективен, чем имидазолы и триазолы. При приеме внутрь побочные эффекты минимальны. В больших дозах может вызывать дисфункцию ЖКТ (в частности, диарею)
Тербинафин	Дисфункция ЖКТ (3,5%), сыпь (1%); не гепатотоксичен, не угнетает кроветворение [136]. Подавляет метаболизм стероидов в клеточной мембране грибов. При онихомикозе в дозе 125 мг внутрь 2 раза/сут × 4 нед приводит к излечению у 90–100%, рецидивы у 10% в течение 10 мес

Препарат

Побочные эффекты. Примечания

Флуконазол

Всего у 16% (при ВИЧ-инфекции у 21%), тошнота (3,7%), головная боль (1,9%), сыпь (1,8%), боль в животе (1,7%), рвота (1,7%), диарея (1,5%), повышение АСАТ (20%). Редко: тяжелое поражение печени, экфолиативный дерматит. Анафилактика, тромбоцитопения, лейкопения.

Применение одобрено FDA при кандидозе ротоглотки, пищевода, системной инфекции (кандидоз мочевого пузыря), перитоните, пневмонии и при криптококковом менингите. *Sandida krusei* устойчивы к флуконазолу; препарат усиливает колонизацию *S. krusei* с 17 до 40% и приводит к фунгемии [320]. На фоне лечения возникают устойчивые штаммы *Toitopsis glabrata*. Максимальная доза 2 г/сут. Хорошо всасывается при приеме внутрь, растворимость в воде позволяет вводить в/в. После приема 50 мг внутрь максимальный уровень в сыворотке 1 мкг/мл; при увеличении дозы до 400 мг уровень повышается. $T_{1/2}$ = 30 ч. Белком связывается 12%. Уровень в СМЖ 50–60% от уровня в сыворотке, возрастает при менингите. Флуконазол не влияет на метаболизм стероидов у млекопитающих. Взаимодействие с препаратами – см. табл. 22, с. 185

Фторцитозин

Всего у 30%. Дисфункция ЖКТ (6%): диарея, анорексия, тошнота, рвота. Изменения крови (22%): апластическая анемия (3 случая), лейкопения и тромбоцитопения при уровне препарата в сыворотке > 100 мкг/мл (особенно при почечной недостаточности). Преходящее повышение АСАТ, сыпь (7%), ложное повышение креатинина при исследовании на автоматическом анализаторе

Флуконазол

Таблица 9А. Лечение микобактериальных инфекций

M. tuberculosis с множественной лекарственной устойчивостью к сентябрю 1992 г выделены в 14 клиниках и 1 тюрьме США [70]. Некоторые штаммы устойчивы к 7 препаратам (изониазиду, рифампицину, канамицину, этамбутолу, стрептомицину, рифабутину). Внутрибольничное распространение инфекции отмечено в 7 клиниках и в тюрьме. Штаммы *M. tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью выделены у 241 больного и 17 медицинских работников. В большинстве случаев внутрибольничному заражению подвергались больные СПИДом; время от момента заражения до постановки диагноза составляло 1–3,5 мес. от постановки диагноза до смерти 4–16 нед, летальность 72–89%. Выраж туберкулиновой пробы отмечен у 18–50% медперсонала, 1 (ВИЧ-неинфицированный) умер [275]. Все больные с подозрением на туберкулез должны быть изолированы: отдельная палата с автономной вентиляцией, использование надежных защитных масок обслуживающим медперсоналом и посетителями [269].

Профилактическое лечение изониазидом показано в любом возрасте, если высок риск туберкулеза: 1) при ВИЧ-инфекции (у больных СПИДом риск туберкулеза возрастает в 170 раз, у ВИЧ-инфицированных – в 113 раз и составляет 10% в год); 2) лицам, проживающим с недавно заболевшим туберкулезом (в первый год риск у взрослых 2–4%, у детей 4–8%); 3) если выраз туберкулиновой пробы произошёл за последние 2 года (в первый год риск – 3,3%); 4) если

туберкулез был выявлен ранее, но лечение не проводилось; 5) при положительной туберкулиновой пробе и рентгенологических признаках перенесенного туберкулеза легких (риск 0,5–5% в год); 6) при положительной туберкулиновой пробе у лиц с высоким риском активного туберкулеза – у инъекционных наркоманов [266], больных силикозом, сахарным диабетом, при заболывании крови (лимфогранулематоз, лейкоз), при почечной недостаточности, при длительной глюкокортикостероидной терапии (преднизон, > 15 мг/сут), при лечении иммунодепрессантами, при разном похудании, хронической недостаточности, после резекции желудка [37].

Лекарственная устойчивость: штаммы, устойчивые к изониазиду, распространены в Корее и странах Юго-восточной Азии. Среди выделенных в США штаммов (1991 г) > 8% устойчивы к одному или нескольким препаратам; 3% устойчивы к изониазиду и рифампицину, такая устойчивость встречается в 11 штатах (в штате Нью-Йорк – 40% штаммов, в Нью-Джерси – 6%).

Рекомендации: чтобы добиться максимального эффекта, одновременно начинают как минимум два препарата, к которым чувствителен возбудитель. Изониазид и рифампицин следует принимать однократно рано утром натощак. Около 20% больных не соблюдают режим приема препаратов (основная причина образования устойчивых форм); вероятность излечения повышается при назначении препаратов 2 раза/нед под наблюдением медперсонала [37, 366]

Возбудитель. Диагноз	Дополнительные условия	Примечания	Схемы лечения
<i>M. tuberculosis</i> Риск туберкулеза: тесный контакт с больным. Туберкулиновая проба отрицательная	У новорожденных	Лечение обязательно	Изониазид, 10 мг/кг/сут × 3 мес, затем повторить туберкулиновую пробу. Если у матери <i>M. tuberculosis</i> не обнаружены, а у ребенка повторная туберкулиновая проба отрицательная и нет изменений на рентгенограмме грудной клетки, изониазид отменяют. В Великобритании затем вводят БЦЖ [229], если у матери нет ВИЧ-инфекции. Если у ребенка повторная туберкулиновая проба положительная или на рентгенограмме легких обнаружен прикорневой лимфаденит или инфильтрат, назначают изониазид + рифампицин, 10–20 мг/кг/сут (или стрептомицин). Общая продолжительность лечения 6 мес. Если мать принимает противотуберкулезные препараты, ребенка не изолируют

Возбудитель. Диагноз	Дополнительные условия	Примечания	Схемы лечения
M. tuberculosis Риск туберкулеза: тесный контакт с больным. Туберкулиновая проба отрицательная (продолжение)	У детей до 5 лет	Лечение показано	Изониазид, 10 мг/кг/сут × 3 мес, затем повторить туберкулиновую пробу. Если повторная проба отрицательная, изониазид отменяют. При положительной пробе продолжить прием изониазида. Общая продолжительность лечения 9 мес. Если после первой туберкулиновой пробы изониазид не начался, ее повторяют через 3 мес, при положительном результате пробы показан изониазид × 9 мес (см. Туберкулиновая проба положительная)
Туберкулиновая проба положительная*	У детей старше 5 лет и взрослых В любом возрасте (см. с. 115) Моложе 35 лет	Лечение не показано Лечение показано Лечение показано	Повторить туберкулиновую пробу через 3 мес, при положительном результате показан изониазид × 9 мес (см. Туберкулиновая проба положительная) Изониазид: взрослые – 5 мг/кг/сут, максимальная доза 300 мг/сут. Детям – 10 мг/кг/сут, максимальная доза 300 мг/сут. Эффективность 6-месячного и 12-месячного лечения почти одинакова (65 и 76%, соответственно). Американская академия педиатрии – 9-месячное. Если на рентгенограмме легких выявлены изменения, длительность лечения 12 мес. У ВИЧ-инфицированных минимальная продолжительность лечения 12 мес, некоторые рекомендуют более длительные лечение [267] Целесообразность лечения определяется статистическими данными: летальность от туберкулеза на фоне приема изониазида < 1%, от туберкулеза ≥ 6,7% [123]

* Туберкулиновая проба (проба Манту): внутривенно вводят 5 туберкулиновых единиц очищенного туберкулина в 0,1 мл раствора, стабилизированного Тенином-80. Через 48–72 ч измеряют максимальный диаметр папулы. Проба считается положительной, если диаметр папулы ≥ 5 мм у больных с нарушениями клеточного иммунитета, в частности у ВИЧ-инфицированных, у контактировавших с больным туберкулезом, а также при характерных для перенесенного туберкулеза изменениях на рентгенограмме легких; при диаметре папулы ≥ 10 мм у прибывших из эндемических регионов, бездомных, заключенных, инъекционных наркоманов, у проживающих в интернатах и

больных с хроническими заболеваниями (см. с. 115); у остальных – при диаметре папулы ≥ 15 мм [39].
Двустворчатая проба: ее проводят людям, которым необходимо регулярно повторять туберкулиновую пробу, например, медицинским работникам. Реакция на туберкулин с возрастом снижается, но повторные пробы эти реакции усиливают. Поэтому, если диаметр папулы ≥ 5, но < 10 мм, через 1 нед туберкулиновую пробу повторяют (5 туберкулиновых единиц, внутривенно). Проба считается положительной, если при повторной пробе диаметр папулы ≥ 10 мм [36]

Возбудитель. Диагноз	Дополнительные условия	Примечания	Схемы лечения
M. tuberculosis Риск туберкулеза: тесный контакт с больным. Туберкулиновая проба положительная (продолжение)	Вероятна устойчивость к изониазиду Вероятна устойчивость к изониазиду и рифампицину	Лечение показано Лечение показано	Эффективность альтернативных схем лечения не выяснена. Схемы лечения: этамбутол + рифампицин 1 раз/сут × 6 мес (или пирразинамид + рифампицин 1 раз/сут × 2 мес); далее изониазид + рифампицин 1 раз/сут, пока чувствительность к изониазиду сохранена, при абсолютной устойчивости к изониазиду его отменяют и продолжают прием рифампицина × 9 мес; в противном случае: изониазид + рифампицин × 9 мес (последняя схема лечения рекомендована в 1991 г Американской академией педиатрии) Эффективность альтернативных схем лечения не выяснена: пирразинамид, 25–30 мг/кг/сут внутрь + этамбутол, 15–25 мг/кг/сут внутрь × 6 мес (при ВИЧ-инфекции – 12 мес). Этамбутол в дозе 25 мг/кг может вызывать неврит зрительного нерва. Пирразинамид + ципрофлоксацин, 750 мг внутрь 2 раза/сут (или офлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза/сут) × 6–12 мес [278]
Активный туберкулез Легких [278]	Среди уроженцев США в регионах с низкой (< 4%) распространенностью устойчивых штаммов, нет риска множественной лекарственной устойчивости У иммигрантов из Латинской Америки и Азии; у коренных американцев в регионах с высокой (> 4%) распространенностью устойчивых штаммов; у леченных ранее (без применения рифампицина) При множественной лекарственной устойчивости (в частности, если известен источник заражения)		Эффективно лечение × 6 мес. 1) Изониазид, 5 мг/кг/сут (максимальная доза 300 мг/сут) внутрь или в/м + рифампицин, 10 мг/кг/сут внутрь (максимальная доза 600 мг/сут) + пирразинамид, 25 мг/кг/сут внутрь (максимальная доза 2 г/сут) × 2 мес; далее изониазид + рифампицин 1 раз/сут или 2–3 раза/нед × 16 нед. 2) Изониазид + рифампицин + пирразинамид + стрептомицин (или этамбутол) 1 раз/сут × 2 нед, далее 2 раза/нед × 6 нед под наблюдением медперсонала. Далее изониазид + рифампицин × 16 нед под наблюдением медперсонала. 3) Изониазид + рифампицин + пирразинамид + этамбутол (или стрептомицин) под наблюдением медперсонала 3 раза/нед × 6 мес В схемы, описанные выше, включают этамбутол, 25 мг/кг/сут внутрь (до 2,5 г/сут). Если возбудитель чувствителен к изониазиду и рифампицину, этамбутол отменяют через 2 мес; далее изониазид, 15 мг/кг (максимальная доза 900 мг/сут) + рифампицин, 10 мг/кг (максимальная доза 600 мг/сут) 1 раз/сут или 2 раза/нед × 4 мес. Обязательно исследование на антитела к ВИЧ. Целесообразен прием 2–3 раза/нед под наблюдением медперсонала, кроме случаев, когда известно, что больной четко выполняет назначения Амикацин (или капреомицин, или канамицин) перентерально + ципрофлоксацин (или офлоксацин) + этамбутол + пирразинамид. Применяют рифабутин (к нему чувствительны 30% штаммов, устойчивых к рифампицину)

Возбудитель, Диагноз	Исполнительные условия	Примечания	Схемы лечения
<i>M. tuberculosis</i> Активный туберкулез Внелегочный			Вероятно, эффективно лечение × 6 мес. Большинство предпочитает лечить × 9 мес. Американская академия педиатрии рекомендует 6-месячные схемы при изолированном шейном лимфадените, туберкулезе почек, 12-месячные – при менингите, милиарном и костном туберкулезе
Туберкулезный менингит			Обычно назначают 3 препарата, но авторы рекомендуют 4 (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид). Дексаметазон уменьшает частоту осложнений
Легких и внелегочный	При ВИЧ-инфекции	При ВИЧ-инфекции туберкулез у 60–70% имеет внелегочную локализацию	Эффективность противотуберкулезного лечения такая же, как при отсутствии ВИЧ-инфекции. Изониазид, 5 мг/кг/сут внутрь (максимальная доза 300 мг/сут) + рифампицин, 10 мг/кг/сут внутрь (максимальная доза 600 мг/сут) + пиразинамид, 25 мг/кг/сут (максимальная доза 2 г/сут) внутрь × 9 мес или ≥ 6 мес после последнего обнаружения микобактерий в посевах ≥ 18 мес, причём ≥ 12 мес после последнего обнаружения микобактерий в посевах. При стандартных схемах лечения частота рецидивов 5%. Пожизненную профилактическую терапию не проводят [312]
	У беременных		Изониазид + рифампицин + этамбутол × 9 мес. Пиразинамид не показан, т. к. оказывает тератогенное действие. Стрептомицин оказывает на плод ототоксическое действие (16%); его применяют, только если все остальные препараты противопоказаны. Туберкулез не служит показанием для аборта
	При безуспешном лечении и рецидиве*		Критерий безуспешного лечения – положительный посев мокроты через 5–6 мес приема противотуберкулезных препаратов. Неэффективностью терапии обусловлена либо устойчивость возбудителя, либо недостаточность приемов препаратов. Следует проверить чувствительность первоначально выделенных и новых штаммов. Очень часто больные не выполняют назначений, поэтому показано лечение под наблюдением медперсонала. Если штаммы устойчивы, следует изменить лечение, включив по меньшей мере 2 препарата, желательнее те, которые еще не назначались. Может потребоваться хирургическое вмешательство

* Если возбудитель чувствителен к применяемым препаратам, наиболее вероятная причина безуспешного лечения – невыполнение назначений. Лечить

под наблюдением медперсонала

Возбудитель, Диагноз	Дополнительные условия	Примечания	Схемы лечения
<i>Mycobacterium bovis</i>	Туберкулез, вызываемый <i>M. bovis</i> , не распространен в США, встречается у иммигрантов [293]		Изониазид + рифампицин + этамбутол. Все штаммы устойчивы к пиразинамиду. Некоторые рекомендуют лечение × 9–12 мес
Ослабленные штаммы (БЦЖ)	Применяют при раке мочевого пузыря. Используют 5 штаммов. Осложнения лечения: лихорадка (2,9%), гранулематоз, пневмония, телатит (0,7%), сепсис (0,4%) [211]		При лихорадке (> 38,5°C) в течение 12–24 ч назначают изониазид, 300 мг + рифампицин, 800 мг + этамбутол, 1200 мг 1 раз/сут × 6 мес. При сепсисе применяют преднизолон. Возбудитель устойчив к пиразинамиду
Атипичные микобактерии*			
<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>	Хроническая легочная и диссеминированная инфекция (поражение подложной клетчатки, костей)		Кларитромицин, 500 мг внутрь 2 раза/сут × 26 нед + этамбутол (или клоfazимин, или рифампицин). Возбудитель устойчив ко всем традиционным противотуберкулезным препаратам, кроме циклосерина. Ранние схемы включают ≥ 3 препаратов с обязательным использованием этамбутола (повышает эффективность других препаратов): 1) изониазид + этамбутол + этионамид + пиразинамид + циклосерин + капреомицин [370]; 2) изониазид + этамбутол + рифампицин (каждый препарат принимать ежедневно) + стрептомицин (2 раза/нед) [38]. Хирургическое лечение
<i>Mycobacterium chelonae</i> ssp. <i>abscessus</i>	При ВИЧ-инфекции и СПИДе	Инфекция, как правило, возникает при числе CD4-лимфоцитов < 100/мкл [53, 314]	
<i>Mycobacterium chelonae</i> ssp. <i>chelonae</i>	Чувствительны к амикацину, эритромицину, кларитромицину, азитромицину; устойчивы к цефоспектину, доксициклину, ципрофлоксацину		По-видимому, препарат выбора – кларитромицин, 500 мг внутрь 2 раза/сут × 6 мес [78]

Возбудитель. Диагноз	Дополнительные условия	Примечания	Схемы лечения
Атипичные микобактерии (продолжение) <i>Mycobacterium fortuitum</i>	Устойчивы ко всем противотуберкулезным препаратам, к эритромицину, ципрофлоксацину. Чувствительны <i>in vitro</i> к амикацину, цефокситиму (не всегда), ИМП, кларитромицину, сульфаниламидам. Половина штаммов чувствительна к доксициклину		Дренирование эффективно у 10–20%. Амикацин + цефокситин + пробенецид × 2–6 нед, далее ТМП/СМК внутри. доксицилин × 2–6 мес [186]. Необходимы клинические испытания новых макролидов (кларитромицина, азитромицина) [95]. Хирургическое иссечение пораженных участков
<i>Mycobacterium goodii</i>	Чувствительны <i>in vitro</i> к кларитромицину		Изониазид + рифампицин + этамбутол × 6 нед. Хирургическое лечение
<i>Mycobacterium haemophilum</i>	Возбудитель инфекции при иммунодефиците: язвенное поражение кожи, синевит, остеомиелит. Для выделения возбудителя необходимы среды со специальными добавками		<i>In vitro</i> чувствительны к ципрофлоксацину, циклосерину, камазицину, рифабутину. Более половины штаммов устойчивы к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду [79]
<i>Mycobacterium kansasii</i>	Лечение × 18 мес эффективно у > 90%. Возбудители чувствительны <i>in vitro</i> к кларитромицину (МКБ ≤ 2 мг/мл), эритромицину, амикацину, фторхинолонам [111]		Рифампицин + изониазид + этамбутол. Изониазид отменяют при высокой устойчивости возбудителя (МКБ ≥ 1 мг/мл). Пораженные лимфоузлы иссекают (но не вскрывают и не дренируют). У ВИЧ-инфицированных продолжительность лечения ≥ 15 мес после последнего обнаружения микобактерий
<i>Mycobacterium marinum</i>	Чувствительны <i>in vitro</i> к кларитромицину		Рифампицин + этамбутол (или миноциклин, или ТМП/СМК [117]) × 6 нед. Хирургическое лечение
<i>Mycobacterium scrofulaceum</i>	Чувствительны <i>in vitro</i> к кларитромицину, рифампицину, стрептомицину, эритромицину		Хирургическое лечение. Антибиотики обычно не показаны; применяют изониазид, или рифампицин, или стрептомицин + циклосерин
<i>Mycobacterium ulcerans</i>	Чувствительны <i>in vitro</i> к рифампицину, стрептомицину, клофазимицу		Рифампицин + амикацин, 7,5 мг/кг в/м каждые 12 ч; или этамбутол + ТМП/СМК, 160/800 мг внутрь каждые 8 ч × 4–6 нед. Хирургическое лечение
<i>Mycobacterium fortae</i> . Проказа			
Туберкулезная и неопределенная формы			Датсон, 100 мг/сут (самостоятельный прием) + рифампицин, 600 мг 1 раз/мес (под наблюдением медперсонала) × 6 мес. Побочные эффекты у 0,4%

Возбудитель. Диагноз	Дополнительные условия	Примечания	Схемы лечения
<i>Mycobacterium fortae</i> . Проказа (продолжение) Лепроматозная и пограничная формы			Датсон, 100 мг/сут + клофазимин, 50 мг/сут (самостоятельный прием) + рифампицин, 600 мг 1 раз/мес + клофазимин, 300 мг 1 раз/мес (под наблюдением медперсонала) более 2 лет. Вместо клофазимида применяют этионамид, 250 мг/сут, или протинамид, 375 мг/сут. Побочные эффекты у 5,1%. При упорной эритеме проказных: преднизолон, 60–80 мг/сут. Перфлосацин, 800 мг внутрь 1 раз/сут и офлоксацин, 400 мг внутрь 1 раз/сут, оказывают бактерицидное действие и эффективны в концентрации на 4 порядка меньше (показано в небольшом исследовании [180]). Эффективны миноциклин и рифабутин

- Группы атипичных микобактерий по Раньоку:
I – фотохромогенные (*M. kansasii*, *M. marinum*, *M. simiae*);
II – скотохромогенные (*M. scrofulaceum*, *M. szulgai*);
III – нехромогенные (*M. avium-intracellulare*, *M. ulcerans*, *M. xenopi*);
IV – быстрорастущие (*M. fortuitum*, *M. chelonae*)

Таблица 9Б. Антимикробактериальные средства: дозы и побочные эффекты

Препараты	Дозы у взрослых ^а	Пути введения. Устойчивость ^б	Побочные эффекты и меры предосторожности	Наблюдение
ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА				
Изониазид	Ежедневный прием: 5–10 мг/кг 1 раз/сут; максимальная доза 300 мг/сут. Применение 2 раза/нед: 15 мг/кг; максимальная разовая доза 900 мг. Беглами связывается < 10%. Бактерицидное действие на вне- и внутриклеточные микобактерии	Внутрь. Соответствует препарату для в/м введения. Есть сообщения о в/в введении, в основном при СПИДе. (2,6–6,5%)	Гепатит у 10% детей; незначительное повышение АСАТ с нормализацией при продолжении лечения). Гепатит в возрасте до 20 лет – редко; 20–34 года – у 1,2%; старше 50 лет – у 2,3%; риск возрастает при ежедневном приеме алкоголя. Возможен летальный исход. При появлении жалоб, темной мочи провести печеночные пробы; если АСАТ превышает норму в 2–3 раза, отменить препарат. Периферическая нейропатия (> 1%); для профилактики назначают пиридоксин, 10 мг/сут. Другие нарушения (редко): судороги, неврит зрительного нерва, токсическая энцефалопатия, психоз, мышечные подергивания, головокружение, нарушения чувствительности, кома. Аллергическая сыпь, лихорадка, незначительная дисульфирамоподобные реакции, приливы после употребления швейцарского сыра, угнетение кроветворения (редко), антигипертензивные агиты (20%), запоры. Взаимодействие с препаратами – см. табл. 22, с. 182	Функциональные печеночные пробы до начала лечения; повторить при появлении жалоб (утомляемость, слабость, недомогание, анорексия, тошнота, рвота, сохраняющиеся > 3 сут). Некоторые рекомендуют определять АСАТ через 2, 4 и 6 мес, особенно у больных старше 50 лет. Ежемесячное физикальное исследование
Пиразинамид	25 мг/кг 1 раз/сут; максимальная доза 2,5 г/сут. Бактерицидное действие на внутриклеточные микобактерии	Внутрь	Артралгия, гиперурикемия, гепатит (в рекомендуемых дозах ≤ 2%), гастрит, фотосенсибилизация (редко). При остром подостром артрите определить уровень мочевой кислоты в сыворотке	Функциональные печеночные пробы до начала лечения. Определение АСАТ и мочевой кислоты ежемесячно
Стрептомицин	0,75–1 г/сут × 60–90 сут. Далее по 1 г (15 мг/кг) 2–3 раза/нед	В/м. 3,9% (2,7–7,6%)	Всего у 8%. Вестибулярные нарушения: головокружение и тошнота; парестезии (при введении 2–3 раза/нед риск меньше), шум в ушах, снижение восприятия высокочастотных звуков (1%), нефротоксичность (редко), периферическая нейропатия (редко), аллергическая сыпь (4–5%), лекарственная лихорадка	Аудиография ежемесячно. У пожилых до начала лечения определить креатинин и АМ

Препараты	Дозы у взрослых ^а	Пути введения. Устойчивость ^б	Побочные эффекты и меры предосторожности	Наблюдение
ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА (продолжение)				
Рифампицин	600 мг (9 мг/кг/сут) 1 раз/сут. Белком связывается 60–90%. Бактерицидное действие	Внутрь. 0,2% (0–0,3%)	Из-за побочных эффектов изониазид + рифампицин отменяют у 3%. Дисфункция ЖКТ, колит (1 случай язвенного колита), лихорадка (1%), зуд (1%), сыпь, анафилактические реакции у ВИЧ-инфицированных, психические расстройства, тромбоцитопения (1%), лейкопения (1%), гемолитическая анемия, парциальная красноклеточная аплазия (крайне редко), возниофилия (редко), обратимые нарушения функции печени (у 10% АСАТ > 100 МЕЛ, повышение ЦФР), желтуха (через 1–3 нед после начала лечения у 1,1%), возможен токсический гепатит (при добавлении к изониазиду рифампицина риск возрастает в 1,6 раза). Нарушает точность некоторых методов химического определения билирубина (ложное увеличение). Тромбоз глубоких вен (в первые 2 нед лечения) [225]. Противоопокан в первом триместре беременности. Окрашивает мочу, слезы, пот, контактные линзы в оранжево-коричневый цвет. Взаимодействует со многими препаратами (см. табл. 22, с. 184): активирует микросомальные ферменты печени, ослабляет действие антикоагулянтов группы кумарина, глюкокортикоидов (при болезни Аддисона и гормональнозависимой бронхиальной астме), пероральных контрацептивов, метадона (возможен синдром отмены). Снижает уровень итраконазола (до 4 нед после отмены рифампицина)	Функциональные печеночные пробы до начала лечения; повторить при появлении жалоб
Этамбутол	25 мг/кг/сут × 2 мес, далее 15 мг/кг 1 раз/сут. Белком связывается < 10%. Бактериостатическое действие на вне- и внутриклеточные микобактерии. Повреждает клеточную мембрану М. avium и повышает эффективность других препаратов	Внутрь. 0,3% (0–0,7%)	Неврит зрительного нерва со снижением остроты зрения, дефектная поля зрения, нарушением цветового восприятия. Периферическая нейропатия и головная боль (1%), сыпь (редко), артрит (редко), гиперурикемия (редко), анафилактические реакции. Применяют, главным образом, для подавления устойчивости	Если доза > 15 мг/кг/сут, ежемесячное офтальмологическое исследование; при снижении остроты зрения > 10% препарат отменяют и зрение, как правило, восстанавливается

Препараты	Дозы у взрослых*	Пути введения. Устойчивость ^b	Побочные эффекты и меры предосторожности	Наблюдение
ПРЕПАРАТЫ ВТОРОГО РЯДА*				
Амикацин	7,5–10 мг/кг 1 раз/сут. Бактерицидное действие на внеклеточные микроорганизмы	В/в или в/м. 0,1%	См. табл. 6, с. 95	Аудиография ежесмечно. Определение креатинина или АМ еженедельно
Аминоглицилат (натрия или калия)	10–12 г/сут (200 мг/кг/сут), дозу разделяют на 1–3 приема/сут. Бактериостатическое действие на внеклеточные микроорганизмы	Внутрь. 0,8% (0–1,5%)	Дисфункция ЖКТ (10–15%), зоб (редко), увеличение ПВ (редко), гемолитическая анемия при дефиците Г-6-ФД (редко), лекарственная лихорадка, сыпь, гепатит, миалгия, артралгия, Тормозит индукцию ферментов печени, иногда уменьшает гепатотоксическое действие изониазида	Не требуется
Далсон	100 мг/сут	Внутрь	У большинства анемия с повышенным содержанием ретикулоцитов. Гемолиз при дефиците Г-6-ФД, метгемоглобинемия, периферическая нейтропения (редко), тошнота, рвота, альбуминурия, нефротический синдром. При лечении проказы узловая эритема прожженных в 1-й год возникает у 50%	Не требуется
Капреомицин	1 г (15 мг/кг/сут) 1 раз/сут	В/м. 0,1% (0–0,9%)	Нефротоксичность (38%), ототоксичность (11%), эозинофилия, лейкопения, кожная сыпь, лихорадка, гипокальциемия, блокада нервно-мышечного проведения	Аудиография ежесмечно, определение креатинина или АМ 2 раза/мес
Клофазимин	50 мг/сут (самостоятельно) + 300 мг 1 раз/мес (под наблюдением медперсонала); или 100 мг/сут	Внутрь (во время еды)	Пигментация (75–100%), сухость кожи (20%), зуд (5%). Боль в животе (50%), в тяжелых случаях прибегают к диалитической лапароскопии. Инфаркт селезенки (крайне редко), желудочно-кишечные кровотечения (крайне редко), кишечная непроходимость (крайне редко), конъюнктивит, отложение кристаллов в сетчатке	Не требуется
Офлоксацин	400 мг 2 раза/сут	Внутрь или в/в	[85]. См. табл. 6, с. 99. Не одобрено FDA	Не требуется
Рифабутин	300 мг/сут (профилактика), 600 мг/сут (лечение)	Внутрь	Потеря вкуса [74], диарея, лейкопения, тромбоцитопения, повышение АсАТ, почечная недостаточность (крайне редко)	Не требуется

* Более трудные в применении или менее эффективные по сравнению с препаратами первого ряда

Препараты	Дозы у взрослых*	Пути введения. Устойчивость ^b	Побочные эффекты и меры предосторожности	Наблюдение
ПРЕПАРАТЫ ВТОРОГО РЯДА (продолжение)				
Тиацетазон	150 мг/сут	Внутрь	Всего у 21–38%, у половины – в первые 4 нед. У половины побочные эффекты незначительные. Часто: тошнота, рвота, кожная сыпь, головкружение. Редко: угнетение кроветворения, желтуха (0,2%), поражение почек. У монголоидов побочные эффекты значительно чаще, чем у негров. Кожные реакции у 20% ВИЧ-инфицированных. Высокая летальность при приеме препарата (3%) ставит вопрос о целесообразности его применения, особенно у ВИЧ-инфицированных [232]	Не требуется
Циклосерин	750–1000 мг/сут (15 мг/кг/сут), дозу разделяют, прием 2–3 раза/сут. Бактериостатическое действие на вне- и внутриклеточные микобактерии	Внутрь. 0,1% (0–0,3%)	Судороги, психоз (в дозе 1 г/сут у 5–10%), головная боль, сонливость, гиперрефлексия, повышение внутричерепного давления, увеличение содержания белка в СМЖ. Противопоказан при эпилепсии. Одновременно назначают пиридоксин, ≥ 100 мг/сут	Не требуется
Цитрофлоксацин	750 мг 2 раза/сут	Внутрь или в/в	См. табл. 6, с. 100. Не одобрено FDA	Не требуется
Этионамид	500–1000 мг/сут (10–15 мг/кг/сут), дозу разделяют, прием 1–3 раза/сут. Бактериостатическое действие на внеклеточные микобактерии	Внутрь. 0,8% (0–1,5%)	Дисфункция ЖКТ (в высокой дозе до 50%), зоб, периферическая нейропатия (редко), судороги (редко), психические нарушения (редко), затруднение подбора терапии при сахарном диабете, сыпь, гепатит, пурпура, стоматит, гинекомастия, нарушение менструального цикла. Возможно, тератогенное действие. Принимать с едой или антицидами; одновременно назначают пиридоксин, 50–100 мг/сут	Функциональные печеночные пробы ежесмечно

^a При энтерапатии у больных СПИДом всасывание препаратов часто снижено.

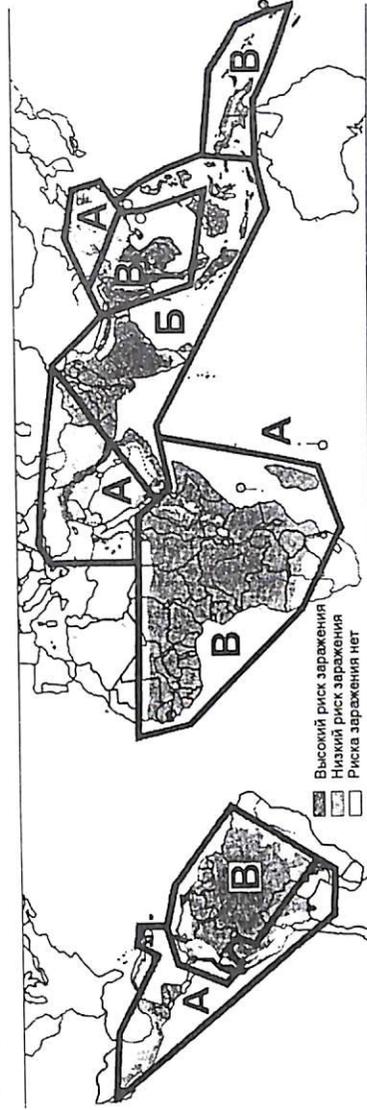
^b Приведены средние значения. У выходцев из Латинской Америки и Азии, а также у детей до 10 лет устойчивость отмечается чаще

Таблица 10. Антипаразитарные средства: показания, дозы, побочные эффекты

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Entamoeba histolytica</i>		
Бессимптомное носительство цист	Паромомицин, 500 мг внутрь 3 раза/сут × 7 сут; или йодохинол, 650 мг внутрь 3 раза/сут, 20 сут; или дилоксанид-фураат, 500 мг внутрь 3 раза/сут × 10 сут	В эндемических районах лечение часто не проводят. Вне эндемических районов лечение проводится. Излечение у 75–96%. Паромомицин – аминогликозид, близкий к неомицину. В дозе > 3 г тошнота, кишечные колики, диарея. Головокружение, головная боль, сыпь. Йодохинол: тошнота, кишечные колики, сыпь, угри, незначительное увеличение щитовидной железы, повышение уровня йода, связанного белком; при длительном применении – атрофия зрительного нерва. Максимальная доза 2 г/сут. Дилосксанид-фураат: метеоризм, тошнота, рвота, зуд, крапивница
Амебная дизентерия	Метронидазол, 750 мг внутрь 3 раза/сут × 10 сут; или тинидазол ^а , 1 г внутрь каждые 12 ч × 3 сут; или орнидазол ^а 500 мг внутрь каждые 12 ч × 5 сут; после смены любого из этих препаратов назначают йодохинол, 650 мг внутрь 3 раза/сут × 20 сут, или паромомицин, 500 мг внутрь 3 раза/сут × 7 сут	Метронидазол: тошнота, рвота, диарея, металлический привкус во рту, паникратит (1 случай), головная боль, парестезии, атаксия (редко). Избегать употребления алкоголя 48 ч после приема препарата (дисульфирамоподобные реакции). Очень темный цвет мочи (часто, но не опасно), обратимая нейтропения, гингивит (1 случай через 2 нед лечения), крапивница. Возможно канцерогенное действие (показано на животных, у людей не подтверждено). Побочные эффекты те же, что и у метронидазола. Йодохинол и паромомицин – см. выше. Препараты резерва: доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 10 сут + дегидроэметин, 0,5–0,75 мг/кг (максимальная доза 60 мг) в/м каждые 12 ч × 5 сут. Дегидроэметин: боль в месте инъекции, изменение ЭКГ, нарушения ритма сердца, боль в прекардиальной области, парестезии, слабость, периферическая нейропатия, тошнота, диарея. Избегать тяжелых физических нагрузок в течение 4 нед после лечения
Амебный абсцесс печени	Метронидазол, 750 мг в/в или 3 раза/сут × 10 сут; далее йодохинол, 650 мг внутрь 3 раза/сут × 20 сут	Побочные эффекты – см. выше. Препараты резерва: дегидроэметин, 1,5 мг/кг 1 раз/сут (максимальная доза 90 мг) 5 сут; далее хлорохин-фосфат, 1 г (хлорохин, 600 мг) 1 раз/сут × 2 сут; далее 0,5 г 1 раз/сут × 20 сут + йодохинол, 650 мг 3 раза/сут × 20 сут
<i>Cryptosporidium parvum</i>	Эффективная терапия не разработана	При неизменном иммунитете диарея проходит самостоятельно, лечение не показано. При иммунодефиците, особенно при СПИДе, диарея хроническая. Окреотид, 50 мг п/к каждые 8 ч × 2 сут. При неэффективности дозу постепенно увеличивают до 500 мг каждые 8 ч. Улучшение у 42% [62]. Паромомицин, 500 мг внутрь 2 раза/сут; улучшение у 16 из 23, рецидив у 6 из 9. Сообщают об эффективности азитромицина, 1250 мг внутрь × 14 сут, далее 500 мг 1 раз/сут [290]
Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение)		
<i>Balanitidium coli</i>	Тетрацилин, 500 мг внутрь 4 раза/сут × 10 сут	Побочные эффекты – см. табл. 6, с. 98. Препарат резерва: йодохинол, 650 мг 3 раза/сут × 20 сут. Побочные эффекты – см. с. 126
<i>Giardia intestinalis</i> . Лямблиоз	Метронидазол, 250 мг внутрь 3 раза/сут × 5 сут; или тинидазол, 2 г внутрь однократно, или мепакин ^а , 100 мг внутрь 3 раза/сут после еды × 5 сут	Бессимптомных носителей цист необходимо лечить. Побочные эффекты метронидазола – см. с. 126. Мепакрин: применяют при рецидиве, प्रतिлоказан при психозе и псориазе, головокружение, головная боль, рвота, психоз (1,5%), гемолитическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения, крапивница, сыпь, лихорадка, нежелательные дисульфирамоподобные реакции, желтушность кожи и склер, невроз печени (редко). Препарат резерва: фуразолидон (особенно эффективив у детей до 9 лет), 5 мг/сут, дозу разделяют, прием 4 раза/сут × 10 сут
<i>Dientamoeba fragilis</i>	Йодохинол, 650 мг внутрь 3 раза/сут × 20 сут	Побочные эффекты – см. с. 126. Препараты резерва: доксицилин, 100 мг 2 раза/сут × 10 сут; или паромомицин, 500 мг внутрь 3 раза/сут × 7 сут
<i>Isospora belli</i>	ТПП/СМК, 160/800 мг внутрь 4 раза/сут × 10 сут, далее 2 раза/сут × 3 нед	Побочные эффекты – см. табл. 6, с. 101. Препараты резерва: пириметами, 75 мг/сут внутрь + фолинат кальция, 10 мг/сут × 14 сут; далее при СПИДе длительно: ТМП/СМК, 160/800 мг 3 раза/нед; или пириметами, 25 мг/сут внутрь + фолинат кальция, 5 мг/сут. Испытывают диалазурил, 200 мг/сут × 7 сут. У всех 8 больных – улучшение, и в повторной анализе кала возбудитель не обнаружен [223]
Микроспоридии (<i>Enterocystoon bienersi</i>). Кишечная форма	Эффективная терапия не разработана	Иногда эффективны метронидазол, или ТМП/СМК, или триметоприм [318]. Применяли альбендазол, 400 мг внутрь 2 раза/сут × 4 нед. У всех 6 больных лечение было эффективным, но в последующем возникли рецидивы; при повторном лечении – улучшение у 3, однако при биопсии кишки выявлен возбудитель [3]. Описан новый метод определения возбудителя в кале с использованием красной трихром [324]
<i>Cyclospora cayentensis</i>	ТПП/СМК, 160/800 мг 2 раза/сут × 3 сут	Побочные эффекты – см. табл. 6, с. 101 [257, 338]
<i>Blastocystis hominis</i>	Участие в развитии кишечной инфекции не доказано. Эффективная терапия не разработана	Применяют метронидазол, 750 мг внутрь 3 раза/сут × 10 сут. Сообщают об эффективности ТМП/СМК [237] и йодохинола (650 мг внутрь 3 раза/сут × 20 сут) [1]
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ		
<i>Trichomonas vaginalis</i>	См. табл. 1, с. 43	Метронидазол: побочные эффекты – см. с. 126
<i>Naegleria fowleri</i> . Острый амебный энцефалит	Амфотерицин В, 1 мг/сут в/в	Применение и побочные эффекты – см. табл. 85, с. 112. Введение в желдочки мозга: 0,1–1 мг (без учета веса) через день

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение) Asaphatoeа spp. Подострый амёбный энцефалит	Эффективная терапия не разработана	См. табл. 1, Кератит, с. 13
<i>Plasmodium</i> spp. Малария Профилактика	Необходимы индивидуальные средства защиты. Переносчики – комары из рода <i>Anopheles</i> кусают в основном вечером и ночью. Используют экраны, сетки, репелленты (диэтилтолуамид $\geq 30\%$, не применять концентрированные препараты у детей), брюки и рубашки с длинными рукавами. На одежду наносят перметрин, для распыления используют пиретрум [35]	
Зона А (см. с. 129)	Хлорохин, 300 мг (хлорохин-фосфат, 500 мг) внутрь 1 раз/нед. Начать за 1 нед до возможного заражения, отменить через 4 нед после отъезда из опасной зоны. В районах с высокой распространенностью малярии – хлорохин, 100 мг внутрь 1 раз/сут	Хлорохин: тошнота, рвота, боль в животе, анорексия, головокружение, головная боль, зуд (у 50% негров, у остальных – редко), сыпь, депигментация волос, частичная алопеция, гемолитическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения, обратимая кератопатия (10%). Если общая доза > 100 г (прием > 7 лет), высок риск ретинопатии. При необходимости более длительного лечения применяют препараты резерва: пириметамин, 12,5 мг + дапсон, 100 мг 1 раз/нед; редкие случаи агранулоцитоза ($< 1:2000$)
Зоны Б и В	Мефлохин, 250 мг внутрь 1 раз/нед (начать за 1 нед до посещения опасной зоны, отменить через 4 нед после возвращения); или доксициклин, 100 мг внутрь 1 раз/сут; или хлорохин-фосфат, 500 мг (300 мг хлорохина) внутрь 1 раз/нед + фанзидар (или прогунил*, 200 мг внутрь 1 раз/сут)	Поездки в Азию и Южную Америку: профилактика показана, если планируются ночевки в сельской местности. При посещении Восточной и Центральной Африки профилактическое лечение обязательно. При краткосрочных поездках в Африку (≤ 3 нед) препарат выбора – мефлохин. Препарат не рекомендуют беременным (исследовано 11 случаев, тератогенного действия не отмечено [243]). Препараты резерва: доксициклин, 100 мг внутрь 1 раз/сут, начать за 1–2 сут до поездки, отменить через 4 нед после возвращения. При назначении хлорохина отъезжающему также дают с собой 3 таб фанзидара (противопоказан при аллергии к сульфаниламидам), которые следует принять при лихорадке в условиях недостаточной медицинской помощи (и других районах с распространённой устойчивостью возбудителя к фанзидару) назначают доксициклин или хинин-сульфат (325 мг внутрь 2 раза/сут). Прогунил неэффективен у 15% в Таиланде, Палау – Новой Гвинее; устойчивость возбудителя к препарату распространена и в Западной Африке [215]. Амодакхин не рекомендуют. Галофантрин для профилактики не применяют

Эпидемиологическое исследование малярии (Всемирная организация здравоохранения, 1993 г.)



Характеристика зон:	Критерии тяжелого течения малярии, вызванной <i>P. falciparum</i> [377]
<p>А: риск в основном невысокий и носит сезонный характер, во многих районах сводится к нулю (например в городах). <i>P. falciparum</i> отсутствует или чувствителен к хлорохину.</p> <p>Б: в большинстве районов риск невысокий. Хлорохин предотвращает малярию, вызванную <i>P. vivax</i>, но часто неэффективен для профилактики заражения <i>P. falciparum</i>, хотя оказывает лечебное действие.</p> <p>В: в Африке риск высокий, за исключением некоторых высокогорных районов. В Азии и Америке в большинстве районов риск невысокий, за исключением бассейна Амазонки. Устойчивость к фанзидару характерна для возбудителей малярии в Азии и варьирует в Африке и Америке</p>	<p>Диагноз устанавливается, если в мазке крови обнаружены вегетативные формы <i>P. falciparum</i>. У нелеченных летальность $\geq 30\%$.</p> <p>Нарушения сознания или кома Тяжелая нормоцитарная анемия Почечная недостаточность Отек легких Гипогликемия Артериальная гипотензия, шок Спонтанные кровотечения, ДВС Повторные генерализованные судороги Ацидоз Гемоглобинурия Поражение плазмидиями $> 5\%$ эритроцитов</p>

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение) <i>Plasmodium spp.</i> Малария Лечение <i>P. vivax</i> , <i>P. ovale</i>	Хлорохин-фосфат, 1 г (600 мг хлорохина) внутрь, далее 0,5 г через 6 ч, далее 0,5 г 1 раз/сут × 2 сут (общая доза 2,5 г) + примакхин-фосфат, 26,3 мг (15 мг примакхина) 1 раз/сут × 14 сут	<i>P. vivax</i> , устойчивые к хлорохину, обнаружены в Папуа – Новой Гвинее, Индонезии, Бразилии [250, 380]. Терапия неэффективна у 70% детей до 4 лет. Резервное лечение не разработано; хинин и фансидар менее эффективны, доксицилин противопоказан детям. Мефлохин и галопрофантрин испытывались на небольших группах больных (возможно, эти препараты эффективны). Примахин, гемолитическая анемия при дефиците Г-6-ФД, незначительный лейкоцитоз, мышечные колики, неврологические нарушения, артериальная гипертония, нарушение ритма сердца. Противопоказан беременным. Устойчивые к примакхину <i>P. vivax</i> встречаются в Юго-Восточной Азии и Меланезии. Схемы лечения примакхином: 15 мг 1 раз/сут × 3 нед, или 15–22,5 мг 1 раз/сут до общей дозы 6 мг/кг. Вторая схема, вероятно, более эффективна [244]
<i>P. falciparum</i> , чувствительные к хлорохину (зона А), <i>P. malariae</i>	Хлорохин-фосфат, 1 г (600 мг хлорохина) внутрь, далее 0,5 г через 6 ч, далее 0,5 г 1 раз/сут × 2 сут (общая доза 2,5 г)	Побочные эффекты хлорохина – см. с. 128
<i>P. falciparum</i> , преимущественно устойчивые к хлорохину (зоны Б, В). Течение нетяжелое или тяжелое (см. с. 129). Не зависит от места заражения. Большой может принимать препараты внутрь	Хинин-сульфат, 600 мг (500 мг хинина) внутрь 3 раза/сут × 3–7 сут (при заражении в Юго-Восточной Азии – 10 сут) + доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 7 сут. Вместо доксицилина применяют клиндамицин, 450 мг внутрь каждые 6 ч × 3 сут, или фансидар (не эффективен при заражении в Юго-Восточной Азии и бассейне Конго), 3 таблетки внутрь однократно	Хинин: спутанность сознания, бред, угнетение дыхания, тромбоцитопения, гемолитическая анемия, тошнота, рвота, диарея, гепатит (1 случай). В высоких дозах – шум в ушах, головокружение, снижение слуха, светобоязнь, скотома, атрофия зрительного нерва (крайне редко). Диксангетазол противопоказан, т. к. при церебральной форме малярии предрасполагает кому. Если хинин назначен после 2-нед приема мефлохина, возможны аритмии; показан мониторинг ЭКГ. Препараты резерва: 1) мефлохин, 1250 мг (при заражении в Юго-Восточной Азии – 25 мг/кг) внутрь однократно, залить водой (> 240 мл). Побочные эффекты: тошнота, боль в животе, диарея. Неврологические нарушения (1,215 – [33]); необычные сновидения, головокружение, бессонница, судороги (в высокой дозе), энцефалопатия. Сижусовая брадикардия (у 10% через 4–7 сут), зуд (у негров), синдром Стивенса–Джонсона (1 случай), агранулоцитоз (1 случай). Не рекомендуется детям < 15 кг. беременным, при лечении β-адреноблокаторами, при психических расстройствах и эпилепсии, при работе, требующей хорошей координации движений. 2) Галопрофантрин, 8 мг/кг внутрь 3 раза с интервалом в 6 ч (общая доза 24 мг/кг). Впервые заболевшим через 7 сут курс повторяют. Прием препарата во время еды противопоказан; жирная пища увеличивает его всасывание в 6 раз. Побочные эффекты: увеличение интервала QT, же-лудочковые аритмии, остановка сердца (6 случаев), риск повышения при лечении высокими дозами, одновременном приеме мефлохина, дефиците тиамина [382]. Диарея, судороги (1 случай), гипертонический криз (1 случай), гемолиз. 3) Артемизинин, 200 мг в/м, через 6 ч 100 мг, далее 100 мг 1 раз/сут × 4 сут [248] (или артезунат, 10 мг внутрь, далее 50 мг внутрь)

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение) <i>Plasmodium spp.</i> Малария Лечение (продолжение)	Хинин-глюконат, длительная в/в инфузия. Насыщающая доза 10 мг/кг за 1–4 ч, далее поддерживающая инфузия 0,02 мг/кг/мин с помощью инфузионного насоса. Инфузию прекращают через 72 ч, или когда большая сможет принимать препараты внутрь. Далее – хинин внутрь. Продолжительность лечения 7 сут. Другой способ введения (если нет инфузионного насоса): 15 мг/кг в/в за 4 ч, далее 7,5 мг/кг в/в за 4 ч, повторять каждые 8 ч. Насыщающую дозу не выводят, если в последние 24 ч большой принимал хинин, хинин или мефлохин. У детей с церебральной формой малярии не допустить гипертондотации, безопасна люминальная пункция не выяснена. В эндемических районах у 3–4% выявляют багтериальный менингит. Если люмбаляная пункция не проводилась, назначают хлорамфеникол (или Циф-Эп) + клиндамицин, 10 мг/кг в/в, далее 5 мг/кг в/в каждые 8 ч. Лечение прекращают, когда в крови уже не определяются вегетативные формы паразитов	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
<i>Toxoplasma gondii</i> . Токсоплазмоз При неизменном иммунитете	Пириметамин, 100 мг внутрь, далее 25 мг 1 раз/сут × 4–5 нед + сульфадiazин (так же эффективен сульфаметазин; менее эффективны сульфизоксазол, сульфатизидин и сульфадимидин [157]). 4–6 г/сут внутрь × 4–5 нед (дозы зависят от препарата). Другая схема: пириметамин, 200 мг внутрь, далее 100 мг 1 раз/сут + клиндамицин, 450 мг внутрь 3 раза/сут (или 600 мг в/в каждые 6 ч) + фоллиат × 3–6 нед. При нелереносимости клиндамицина и при врожденном токсоплазмозе применяют сульфадiazин	Острый токсоплазмоз требует лечения. Пириметамин: гиперчувствительность, рвота, диарея, сухость во рту, мегалобластная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, нарушения ритма сердца, головная боль, бессонница, головокружение, судороги, гематурия. Для профилактики угнетения кроветворения назначают фоллиат кальция (6 мг/сут); активность пириметамина в отношении токсоплазмы не снижается. При назначении высоких доз пириметамина дозу фоллиата кальция увеличивают до 10–50 мг/сут. Согласно немоточистленным данным, в первом триместре беременности пириметамин не оказывает тератогенного действия. При беременности можно назначать спирамицин (менее эффективен, см. табл. 7, с. 103) Побочные эффекты сульфаниламидов – см. табл. 7, с. 103
При ВИЧ-инфекции и СПИДе (токсоплазмоз возникает у 3–15% больных СПИДом)	Пириметамин, 100 мг внутрь 2 раза в 1-е сут, далее 50–75 мг 1 раз/сут + сульфадiazин, 4–8 г внутрь или в/в 1 раз/сут + фоллиат кальция, 10 мг/сут внутрь × 3–6 нед, далее – 10 мг/сут внутрь × 3–6 нед, далее – профилактика рецидивов [376]	Антигелминты к токсоплазме не определяются у 16% [334]. Лечение начинают, если при КТ или МРТ выявлены множественные округлые контрастные образования. Биопсия мозга проводится через 7–14 сут при отсутствии ответа к токсоплазме, одиночном поражении мозга или неэффективности 2-недельной терапии [247]

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение)		
<i>Toxoplasma gondii</i> . Токсоплазмоз	Пириметамин, 50 мг внутрь 1 раз/сут + сульфадiazин, 2 г внутрь 1 раз/сут + фолилат кальция, 10 мг внутрь 1 раз/сут	Возможно, ТМП/СМК приемлемый для предупреждения пневмоцистной пневмонии, эффективен и для профилактики токсоплазмоза, но проспективные исследования не проводились. Другая схема: пириметамин, 50 мг внутрь 1 раз/сут + клиндамицин, 300 мг внутрь 4 раза/сут. Пириметамин + сульфадiazин – рецидивы у 5%, клиндамицин (монотерапия) – у 31%
<i>Pneumocystis carinii</i> . Пневмоцистная пневмония	ТМП/СМК, 320/1600 мг внутрь 4 раза/сут (доза триметоприма 15–20 мг/кг/сут) × 21 сут. или дапсон, 100 мг внутрь 1 раз/сут + триметоприм, 5 мг/кг внутрь каждые 6 ч × 21 сут. или клиндамицин, 900 мг внутрь каждые 6 ч + примахин, 30 мг действующего вещества внутрь 1 раз/сут × 21 сут. или атоваквон, 750 мг внутрь 3 раза/сут × 21 сут	Побочные эффекты ТМП/СМК – см. табл. 6, с. 101. Показан мониторинг уровня триметоприма в сыворотке (необходимый уровень 5–8 мг/мл)
Тяжелое течение ($pO_2 < 70$ мм рт. ст.), препараты вводят парентерально	Преднизон, 40 мг внутрь 2 раза/сут × 5 сут, далее 20 мг 1 раз/сут × 5 сут, далее 10 мг 1 раз/сут × 11 сут. (Первую дозу дать за несколько минут до первого введения ТМП/СМК)	Тошнота, рвота, сыпь, гемолитическая анемия (исключить дефицит Г-6-ФД), метгемоглобинемия, лейкопения, повышение активности печеночных ферментов. Меньше побочных эффектов, чем от ТМП/СМК
	ТМП/СМК, 20 мг/кг/сут в/в, вводят каждые 6–8 ч × 21 сут. или (продолжение – см. с. 133)	Назначают при выраженной гиперчувствительности к сульфаниламидам [226]. До приема препарата исключить дефицит Г-6-ФД

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение)		
<i>Pneumocystis carinii</i> . Пневмоцистная пневмония	или пентамидин, 4 мг/кг/сут в/в × 21 сут. или 600 мг/6 мл стерильной воды, ингаляции 1 раз/сут × 21 сут. или триметрексат, 45 мг/м ² в/в (за 60–90 мин) 1 раз/сут × 21 сут + фолилат кальция, 20 мг/м ² в/в каждые 6 ч × 24 сут (продолжают 3 сут после отмены триметрексата)	Артериальная гипотония, сыпь, тошнота, рвота, нефротоксичность, нейтропения (15%), тремор, боцитопения, повышение активности печеночных ферментов, панкреатит, гипокальциемия, гипогликемия, переходящая в гипергликемию. До применения пентамидина в ингаляциях исключить туберкулез (встречается у 14% больных СПИДом) с помощью рентгенографии грудной клетки и бактериоскопии 2–3 мазков, окрашенных на кислотоустойчивость, при обнаружении кислотоустойчивых палочек – лечение туберкулеза [268]
Профилактика: первичная (при ВИЧ-инфекции и числе CD4-лимфоцитов < 200/мкл); вторичная (профилактика рецидивов)	ТМП/СМК, 160/800 мг внутрь 3 раза/нед. или дапсон, 100 мг внутрь 1 раз/сут. или пентамидин, 300 мг/6 мл стерильной воды, ингаляции 1 раз/4 нед	Всего у 53%; лихорадка (8%), сыпь (6%), тошнота и рвота (5%), спутанность сознания (3%), нейтропения (30%), тромбоцитопения (10%), анемия (7%), повышение активности печеночных ферментов (14%), гипонатриемия (5%), гипокальциемия (2%). Применяют при непереносимости и неэффективности ТМП/СМК
<i>Babesia spp.</i> Бабезиоз	Клиндамицин, 600 мг внутрь 3 раза/сут × 7 сут + хинин-сульфат, 650 мг внутрь 3 раза/сут × 7 сут	Предпочитают прием внутрь ТМП/СМК 3 раза/нед, эффективен, дает мало побочных эффектов [265]. Препарат снижает также риск токсоплазмоза [231]
	Или дапсон, 100 мг внутрь 1 раз/сут.	Исключить дефицит Г-6-ФД
	или пентамидин, 300 мг/6 мл стерильной воды, ингаляции 1 раз/4 нед	Побочные эффекты – см. выше. При необходимости, до ингаляции пентамидина применяют бронходилататоры. Реакция гиперчувствительности возникает как у больных, так и у медперсонала. При ингаляционном применении пентамидина возрастает риск верхнелобовой пневмонии и внеочагового распространения инфекции. До начала лечения – исключить туберкулез легких (см. выше, Пневмоцистная пневмония, тяжелое течение). Ингаляции пентамидина проводят только при непереносимости других препаратов. После пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции в 1-й год рецидивы у 60% [28]
		В США наиболее частый возбудитель – <i>B. microti</i> , в Европе – <i>B. divergens</i> , в <i>B. bovis</i> . В штате Вашингтон выделен новый штамм WA-1 [76]

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение) <i>Leishmania spp.</i> Лейшманиоз (350) Висцеральный (кала-азар) (<i>L. dobovani</i>). Американский кожный (<i>L. mexicana</i> , <i>L. braziliensis</i>). Кожно-слизистый (<i>L. braziliensis</i>) Кожный лейшманиоз Старого Света (<i>L. tropica</i>)	Стибоглуконат* (сурьма – 100 мг/мл), из расчета по сурьме 20 мг/кг/сут (обычно разделяют на 2 дозы) в/м или в/в × 20 сут; или мелглюмин-антимонат (сурьма – 85 мг/мл); из расчета по сурьме 2 дозы) × 20 сут Стибоглуконат или мелглюмин-антимонат из расчета по сурьме 10 мг/кг/сут × 10 сут. В Европе применяют итраконазол	Стибоглуконат: кашель и рвота при быстром в/в введении, миалгия, артралгия (50%), брадикардия, диарея, мышечные колики, сыпь, зуд, нефротоксичность, панкреатит (чаще бессимптомное повышение активности амлазы), поражение печени (редко), гемолитическая анемия (редко). Препарат в дозе > 850 мг был эффективен у всех 19 больных, инфицированных <i>L. rapamensis</i> [224]. В Индии распространены устойчивые к сурьме формы <i>L. dobovani</i> ; применяют амфотерицин В в общей дозе 0,65–1,5 г [248]. Амфотерицин В более эффективен, чем пентамидин. Эффективна липосомная форма амфотерицина В [234]. Интерферон γ, 100 мг/сут × 10–20 сут + стибоглуконат эффективны при тяжелом рефрактерном висцеральном лейшманиозе [307]. Схемы резерва: <i>L. mexicana</i> – аллопуринол, 20 мг/кг внутрь 4 раза/сут + пробенацид, 500 мг внутрь 4 раза/сут × 28 сут [328]; в Эквадоре эта схема менее эффективна [34]. <i>L. dobovani</i> – пентамидин, 4 мг/кг/сут в/м 3 раза/нед × 4 мес. Дополнительно назначают аллопуринол, 20 мг/кг/сут внутрь. <i>L. braziliensis</i> и <i>L. mexicana</i> – метоксазол, 600 мг/сут внутрь × 28 сут (так же эффективен, как стибоглуконат [14]); или амфотерицин В в общей дозе 2,5 г (35 мг/кг). Местное облучение (инфракрасное, ультрафиолетовое) эффективно, но чревато бактериальным целлюлитом, показано профилактическое применение антибиотиков [32]
<i>Trypanosoma spp.</i> Трипаносомоз <i>T. cruzi</i> . Болезнь Чагаса (американский трипаносомоз). Острая форма	Нифуртимокс* 6–10 мг/кг/сут внутрь (дозу разделяют, прием 4 раза/сут) после еды × 4 мес; или бензидазол, 2,5 мг/кг внутрь 2 раза/сут × 2 мес	Нифуртимокс: 4-месячный курс эффективен у 70–80%. Избегать тетрациклинов и глюкокортикоидов. Побочные эффекты у 40–70%. Боль в животе, тошнота, рвота, анорексия, дезориентация, бессонница, мышечные подергивания, судороги, парестезии, полиневрит (у 1/3); сыпь. Нарушения исчезают после отмены препарата. Гемолиз при дефиците Г-6-ФД. Бензидазол: сыпь вследствие фотосенсибилизации (50%), дурное побочные эффекты бензидазола и кифуртимокса совпадают. В Южной Америке, особенно в Бразилии, применяют как препарат выбора. При хроническом, далеко зашедшем заболевании антипротозойные препараты неэффективны. Инфицированы 5% иммигрантов из Сальвадора и Никарагуа. Внутривенное заражение – 2–5%. Может передаваться при гемотрансфузиях. Риск обострения возрастает на фоне иммуносупрессии, особенно при трансплантации сердца. Аллопуринол, 600 мг внутрь 1 раз/сут × 60 сут, уменьшает число паразитов в крови

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ПРОСТЕЙШИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕКИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (продолжение) <i>Trypanosoma spp.</i> Трипаносомоз <i>T. brucei gambiense</i> , <i>T. brucei rhodesiense</i> . Сонная болезнь (африканский трипаносомоз) Ранняя стадия (возбудитель в крови и лимфе, СМЖ не изменена)	Сурамин* первая доза – 200 мг в/в (тест на переносимость), далее 20 мг/кг в/в (максимальная доза 1 г), введение повторяют на 3, 7, 14, 21 сут	Изменения СМЖ: ≥ 5 лейкоцитов/мкл или повышение уровня белка. Перед введением очередной дозы препарата исследовать мочу на белок; при протеинурии уменьшить дозу или отсрочить инъекцию. Сурамин: тошнота, зуд, крапивница, парестезии, светобоязнь, периферическая нейропатия, альбуминурия (часто), уремия (редко), угнетение кроветворения, шок, тромбоцитопатия (?). Препараты резерва: 1) пентамидин, 4 мг/кг в/м через день, всего – 10 инъекций. Побочные эффекты – см. с. 133. 2) Эфлорнитин, 100 мг/кг в/в каждые 6 ч × 14 сут. Эффективны у 90%, но стоит дорого [248]. Побочные эффекты – см. ниже
Поздняя стадия (поражение ЦНС, СМЖ изменена)	Меларсопрол* (3,6% раствор трехвалентного мышьяка): 1-е сут – 0,4 мг/кг в/в, 2-е сут – 0,8 мг/кг, 3-и сут – 1 мг/кг, 10–12-е сут – по 2 мг/кг/сут, 19-е сут – 2 мг/кг, 20-е сут – 2,5 мг/кг, 21-е сут – 3 мг/кг, 28–30-е сут – 3,5 мг/кг/сут. Общая доза 1300 мг. Если больной ослаблен, начинают с сурамина, 0,2 г/сут 2 раза, далее – меларсопрол	Меларсопрол, кифуртимокс и эфлорнитин проникают в СМЖ, но два последних не действуют на <i>T. brucei rhodesiense</i> . Побочные эффекты: энцефалопатия (10%), которая в 15–40% приводит к смерти (летальность при лечении 4–8%). Преднизолон, 1 мг/кг/сут внутрь, иногда уменьшает тяжесть энцефалопатии. Поражение миокарда, альбуминурия, боль в животе, рвота, периферическая нейропатия, озноб, лихорадка, артериальная гипотония, зуд
<i>T. brucei gambiense</i> . Рецидив после лечения меларсопролом (независимо от показаний СМЖ) <i>T. brucei gambiense</i> . Профилактика сонной болезни	Эфлорнитин, 100 мг/кг 4 раза/сут в/в × 14 сут, далее 75 мг/кг 4 раза/сут внутрь × 21–30 сут Пентамидин, 3 мг/кг в/м 1 раз/6 мес	Частые побочные эффекты. Летальность на фоне лечения 7%. Преходящая диарея (50%), боль в животе, рвота, судороги (4%), анемия (50%), лейкопения (50%), апатетия, желтуха, снижение слуха [158]. Рецидивы у 5–20%. Лечение при ВИЧ-инфекции малозффективно Побочные эффекты – см. с. 133. Не рекомендуется назначать случайным приезжим. Препарат резерва: сурамин, первая доза 0,2 г в/в, далее 1 г в/в 1 раз/2–3 мес. Профилактика инфицирования <i>T. brucei rhodesiense</i> неэффективна. Риск заражения у туристов низкий

Возбудитель, Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
НЕМАТОДЫ – ПАРАЗИТЫ КИШЕЧНИКА <i>Trichuris trichiura</i> (власоглас)	Мебендазол, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 3 сут. При необходимости 2 повторных курса, или альбендазол*, 400 мг внутрь однократно	Диарея, мышечные колики (редко), сыпь, эксфолиативный дерматит, зуд, нейтропения (в высокой дозе – до 5%), повышение активности печеночных ферментов. Излечение у 43–100% (в среднем 75%). Излечение маловероятно, если в кале до лечения обнаружено много яиц гельминтов. Препараты противопоказаны при беременности
<i>Enterobius vermicularis</i> (острица), Энтеробиоз	Пирактел, 11 мг/кг внутрь однократно. Максимальная доза 1 г. Повторить 2 раза с интервалом 2 нед; или мебендазол, 100 мг внутрь однократно, повторить через 2 нед; или альбендазол*, 400 мг внутрь, повторить через 2 нед	Пирактел: незначительные побочные эффекты у 20%. Головокружение, сонливость, тошнота, рвота, боль в животе, диарея. Повторное лечение снижает риск попадания жизнеспособных яиц лист во внешнюю среду. Мебендазол: побочные эффекты — см. выше; 90% излечений
<i>Ascaris lumbricoides</i> (человеческая аскарида), Аскаридоз	Мебендазол, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 3 сут; или пирактел, 11 мг/кг однократно (максимальная доза 1 г); или альбендазол*, 400 мг внутрь однократно	Мебендазол – см. выше; > 90% излечивается. Пирактел – см. выше. Препараты резерва: 1) пиперазин, 75 мг/кг (максимальная доза 3,5 г) 1 раз/сут × 2 сут. Показан при обструкции кишечника или желчных протоков гельминтами. На время лечения отменить хлорпромазин (см. табл. 22, с. 183). 2) Левамизол, 120 мг внутрь однократно (детям – 2,5 мг/кг). Препарат выбора для массовой дегельминтизации. В эндемических районах массовое лечение предпочтительнее индивидуального [239]
<i>Necator americanus</i> , <i>Ancylostoma duodenale</i> (кривоголовки)	Мебендазол, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 3 сут; или пирактел, 11 мг/кг внутрь 1 раз/сут × 3 сут; или альбендазол*, 400 мг внутрь однократно	Мебендазол – см. выше. Эффективен однократный прием 1 г. Пирактел – см. выше; не одобрено FDA. Альбендазол (проходит испытания) умеренно активен в отношении личинок
<i>Trichostrongylus orientalis</i> , Трихостронгилез	Пирактел, 11 мг/кг однократно; максимальная доза 1 г	Препараты резерва: мебендазол, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 3 сут; или альбендазол*, 400 мг внутрь однократно
<i>Strongyloides stercorarius</i> (Стронгилоидоз)	Тиабендазол, 22 мг/кг внутрь 2 раза/сут × 2 сут (если вес ≥ 55 кг, разовая доза 1,5 г); или альбендазол*, 400 мг внутрь 1 раз/сут × 3 сут; или ивермектин, 200 мкг/кг/сут × 2 сут [379]	Тиабендазол: боль в эпигастрии, диарея, тошнота, рвота, слабость, головокружение, нарушение сна, моча с запахом сперми, сыпь (крапивница или пятнисто-папулезная), повышение АСАТ. Редко: шум в ушах, шок. Для облегчения симптомов применяют преднизон, 20–40 мг 1 раз/сут × 3–5 сут с последующей постепенной отменой. Часто требуется повторное лечение. При хроническом стронгилоидозе 81% излечивается. По сравнению с тиабендазолом ивермектин дает меньше побочных эффектов
<i>Parastongylus (Angiostrongylus) cantonensis</i> , Эозинофильный менингит	Мебендазол, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 5 сут	Побочные эффекты – см. выше. Преднизон, 30–40 мг, облегчает симптомы. Препарат резерва – тиабендазол

Возбудитель, Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
НЕМАТОДЫ – ПАРАЗИТЫ КИШЕЧНИКА (продолжение) <i>Parastongylus (Angiostrongylus) costaricensis</i>	Тиабендазол, 22 мг/кг внутрь 2 раза/сут × 3 сут (если вес > 55 кг, разовая доза 1,5 г)	У детей до 13 лет наблюдают локальное поражение кишечника, проявляющееся симптомами аппендицита. Лечение хирургическое, медикаментозное лечение малоэффективно. Побочные эффекты – см. с. 136
<i>Capillaria philippinensis</i> , Кишечный капилляриоз	Мебендазол, 200 мг внутрь 2 раза/сут × 20 сут	Побочные эффекты – см. с. 136. Препарат резерва: альбендазол, 200 мг 2 раза/сут × 10 сут
НЕМАТОДЫ – ВНЕКИШЕЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ Филарииоз		
<i>Wuchereria bancrofti</i> , Споровая болезнь, <i>Brugia malayi</i> , <i>Brugia timoti</i>	Диэтилкарбамазин: 1-е сут – 50 мг внутрь после еды 1 раз/сут, 2-е сут – 50 мг 3 раза/сут, 3-и сут – 100 мг 3 раза/сут, 4–21-е сут – 2 мг/кг 3 раза/сут. Продолжительность лечения 21 сут	Побочные эффекты – см. ниже. Доказана эффективность препарата при массовой дегельминтизации, особенно при приеме 25–50 мг/кг 1 раз/мес × 1–2 лет. Препаратом выбора может стать ивермектин
<i>Loa loa</i> (глазная филярия), Лоаоз	Диэтилкарбамазин: 1-е сут – 50 мг внутрь после еды 1 раз/сут, 2-е сут – 50 мг 3 раза/сут, 3-и сут – 100 мг 3 раза/сут, 4–21-е сут – 2 мг/кг 3 раза/сут. Продолжительность лечения 21 сут	Лихорадка, недомогание, головокружение, крапивница, головная боль, рвота, лимфаденит, зуд, артралгия, анорексия. При аллергических реакциях показаны антигистаминные средства или кортикостероиды. Эффективен профилактический прием диэтилкарбамазина, 300 мг внутрь 1 раз/нед; при кратковременном пребывании в эндемическом районе не назначают
<i>Onchocerca volvulus</i> , Онхоцеркоз	Ивермектин, 150 мкг/кг внутрь 1 раз/6 мес × 10–15 лет	Всего у 25%: головная боль (12%), слабость (20%), лихорадка (15%), боль в животе (15%), миалгия, артралгия, анорексия, болезненность лимфоузлов, зуд, миалгия, отеки. Тяжелые побочные эффекты только у 1–2% [130]. Не оказывает токсического действия [230]. В отличие от диэтилкарбамазина не вызывает обострения неврита зрительного нерва и хороретинита. Активен в отношении микрофилярий, не действует на зрелых гельминтов. Предотвращает передачу [31]
<i>Dirofilaria</i> spp., <i>D. immitis</i> , <i>D. tenuis</i> , <i>D. ursi</i> , <i>D. repens</i>	Медикаментозное лечение не разработано. Хирургическое удаление гельминтов	<i>D. immitis</i> : инвазия легочной артерии, в легках выявляют округлые тени; эозинофилия (редко). Паразиты мигрируют в кожно-мышцу, подкожную ткань, мышонку, молочные железы, конечности; микрофиляриемия (редко)
<i>Draculiculus medinensis</i> (ришта)	Хирургическое удаление гельминтов. Мебронидазол, 400 мг внутрь 1 раз/сут × 10–20 сут	Традиционный метод лечения – удаление гельминта с помощью палочки, на которую его осторожно накручивают. Профилактика вторичной инфекции. Препараты уменьшают воспаление и облегчают удаление гельминтов, но не действуют на зрелых паразитов и личинки

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, применения
НЕМАТОДЫ – ВНЕКИШЕЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ (продолжение)		
Филария (продолжение) <i>Mansonella</i> spp. <i>M. perstans</i> <i>M. streptocerca</i>	Мебендазол, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 30 сут Диэтилкарбамазин: 1-е сут – 50 мг внутрь после еды 1 раз/сут, 2-е сут – 50 мг 3 раза/сут, 3-и сут – 100 мг 3 раза/сут, 4–21-е сут – 2 мг/кг 3 раза/сут. Продолжительность лечения 21 сут	Течение, как правило, бессимптомное; иногда аллергические реакции, эозинофилия; в Орегоне наблюдали поражение глаз У большинства – хроническая депигментированная пятнисто-папулезная сыпь (напоминающая проказу), зуд
<i>M. ozzardi</i>	Ивермектин (иногда эффективен, диэтилкарбамазин неэффективен) Диэтилкарбамазин, 2 мг/кг внутрь 3 раза/сут × 21 сут	Течение, как правило, бессимптомное. Могут быть аллергические реакции, артралгия, зуд, лимфаденопатия Побочные эффекты – см. с. 137
Тропическая легочная эозинофилия <i>Trichinella spiralis</i> Трихинеллез (стадия поражения мышц)	Преднизон, 40–60 мг внутрь 1 раз/сут × 3–5 сут с последующей отменой + мебендазол, 300 мг внутрь 3 раза/сут × 3 сут, далее 500 мг 3 раза/сут × 10 сут	Мебендазол противопоказан в первом триместре беременности
<i>Ancylostoma braziliense</i> . Поражение кожи личинками	Тиabendазол, 22 мг/кг внутрь 2 раза/сут × 5 сут, при неэффективности повторить через 2 сут, или альбендазол®, 200 мг внутрь 2 раза/сут × 3 сут	Побочные эффекты – см. с. 137. Диэтилкарбамазин, вероятно, более эффективен. Лечение в основном симптоматическое, т. к. антигельминтные препараты слабо действуют на внекишечных личинок. В качестве противовоспалительных средств применяют кортикостероиды Может быть ошибочно принят за ретинобластому. При образовании рубцов кортикостероиды неэффективны
Токсокароз	Диэтилкарбамазин, 2 мг/кг внутрь 3 раза/сут × 10 сут, или альбендазол 400 мг 2 раза/сут внутрь × 5 сут	
Висцеральное поражение личинками	Местное и системное применение кортикостероидов	
Поражение глаз личинками		

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, применения
НЕМАТОДЫ – ВНЕКИШЕЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ (продолжение)		
<i>Strongyloides stercoralis</i> . Хирургическое удаление личинок. Медикаментозное лечение неэффективно	Препарат резерва: альбендазол®, 400 мг внутрь 1 раз/сут × 21 сут	
<i>Ancylostoma simplex</i> , <i>Pseudoterranova decipiens</i>	Эндоскопическое или хирургическое удаление гельминтов	Препарат резерва: мебендазол, 200 мг внутрь 2 раза/сут × 3 сут. Заражение происходит при употреблении сырых морских продуктов. Сельдь, лосось, скумбрия, треска, кальмар переносят <i>A. simplex</i> , треска, палтус – <i>P. decipiens</i> . Симптомы одинаковы
ТРЕМАТОДЫ		
<i>Schistosoma japonicum</i> . Японский шистосомоз. <i>Schistosoma mekongi</i> , <i>Schistosoma intercalatum</i>	Празиквантел, 20 мг/кг внутрь каждые 4 ч во время еды, всего 3 дозы	Побочные эффекты – см. ниже. Препарат резерва при инвазии <i>S. japonicum</i> – ниридазол. Опыт применения при инвазии <i>S. intercalatum</i> ограничен
Острый токсемический шистосомоз (лихорадка Катаямы)	Празиквантел, 25 мг/кг внутрь каждые 4 ч во время еды, всего 3 дозы	При лихорадке и интоксикации применяют глюкокортикоиды
<i>Schistosoma haematobium</i> . Шистосомоз мочевого пузыря. <i>Schistosoma mansoni</i> . Кишечный шистосомоз	Празиквантел, 20 мг/кг внутрь во время еды, 2 дозы с интервалом 4 ч	Побочные эффекты часты (75%), но нежелательны. В 1-е сут после приема противопоказано вождение машины и работа со сложной техникой. Головокружение (29%), миалгия (19%), головная боль (15%), боль в животе (9%), тошнота, рвота, диарея, сыпь. Незначительное повышение активности печеночных ферментов. Не оказывает мутагенного действия. Излечиваются > 90%. Препарат резерва при инвазии <i>S. mansoni</i> : оксаминин, 15 мг/кг внутрь 2 раза/сут в Египте. Эффективен у 85–95%. Для уменьшения побочных эффектов и сонливости после еды. После лечения – лихорадка × 5–7 сут. Преходящее головокружение и сонливость (33%), головная боль, тошнота, рвота, боль в животе, анорексия, крапивница. Изредка судороги в первые часы после приема. Безопасность у беременных не исследовалась. Препарат резерва при инвазии <i>S. haematobium</i> : метрифонат, 10 мг/кг внутрь однократно; менее эффективен, но дешевле; эффективен против кривоголовков
<i>Clonorchis sinensis</i> (китайский сосальщик)	Празиквантел, 25 мг/кг внутрь 3 раза/сут × 2 сут	Побочные эффекты – см. выше
<i>Heterophyes heterophyes</i> , <i>Metagonimus yokodagai</i> (кишечные сосальщики), <i>Opirobondis viverrini</i> (печеночный сосальщик)	Празиквантел, 25 мг/кг внутрь 3 раза × 1 сут	

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ТРЕМАТОДЫ (продолжение)		
<i>Fasciola hepatica</i> (печеночная двуустка)	Битионол, 20 мг/кг внутрь 2 раза/сут через день x 14 сут	Диарея, боль в животе, тошнота, рвота, иногда крапивница
<i>Paragonimus westermani</i> (легочный сосальщик)	Празиквантел, 25 мг/кг внутрь 3 раза/сут x 2 сут	Побочные эффекты – см. с. 139. Препарат резерва: битионол (см. выше)
<i>Fasciola buski</i>	Празиквантел, 25 мг/кг внутрь 3 раза x 1 сут	Побочные эффекты – см. с. 139. Препарат резерва: никлосамид (см. ниже)
ЦЕСТОДЫ		
<i>Diphyllobothrium latum</i> (широкий лентец), <i>Taenia saginata</i> (бичий цепень), <i>Diphylidium scolimium</i> (сурочечный цепень), <i>Hymenolepis papae</i> (карликовый цепень), <i>Taenia solium</i> (свиной цепень, возбудитель цистицеркоза)	Празиквантел: при инвазии <i>D. latum</i> – 10 мг/кг внутрь однократно; <i>T. saginata</i> – 20 мг/кг внутрь однократно; <i>H. papae</i> – 25 мг/кг внутрь однократно; <i>T. solium</i> – 5 мг/кг внутрь однократно	Побочные эффекты празиквантела – см. с. 139. Препарат резерва: никлосамид, по 1 г внутрь, предварительно разжевав, 2 раза с интервалом в 1 ч. Побочные эффекты: тошнота, рвота, боль в животе, зуд
Цистицеркоз ЦНС	Празиквантел, 15 мг/кг/сут x 8 сут; или альбендазол*, 15 мг/кг/сут x 8 сут	Альбендазол разрушает 75–90% цистицерков в головном мозге и мозговых оболочках [179]. Он более эффективен, чем празиквантел (84% против 62% [378]). В остром периоде тяжелого цистицеркозного энцефалита антительминтные препараты противопоказаны. Празиквантел противопоказан при цистицеркозе глаз. Целесообразно использовать дополнительное назначение глюкокортикоидов сомительна, т. к. побочные эффекты антительминтных препаратов, как правило, незначительны, а дексаметазон снижает уровень празиквантела в плазме в 2 раза [346], и, напротив, повышает уровень альбендазола [206]. Хирургическое вмешательство рекомендуется только при гидроцефалии, цистицеркозе желудочков головного мозга и поражении спинного мозга
<i>Spiloptera mansonioides</i> . Спарганоз	Хирургическое лечение	

Возбудитель. Диагноз	Препараты выбора, дозы	Побочные эффекты, препараты резерва, примечания
ЦЕСТОДЫ (продолжение)		
<i>Echinococcus granulosus</i> . Эхинококкоз <i>Echinococcus multilocularis</i> . Альвеококкоз	Неосложненный эхинококкоз печени можно излечить медикаментозно: альбендазол, 10 мг/кг/сут внутрь, дозу разделяют прием 2 раза/сут во время еды x 3 мес [267]. При рецидиве и распространением гелиминтозе показана операция. Обязательные кисти не поддаются медикаментозному лечению	Одиночную эхинококковую кисту удаляют либо дренируют часекжно под контролем УЗИ с введением 95% этанола и мепендазола. Альвеококкоз требует хирургического лечения, особенно при поражении легких и костей. Альбендазол повышает выживаемость после радикальной операции. В неоперабельных случаях медикаментозное лечение продолжают 3 года; отмечается улучшение, но личинки остаются живыми
ЭКТОПАРАЗИТЫ		
<i>Sarcoptes scabiei</i> . Чесотка	Перметрин, 5% мазь, 30 г, втирать в кожу от головы до стоп, смыть через 8–14 ч; или кротамитон (10%); втирать в кожу от шеи вниз, особенно тщательно в складках кожи, повторить через 24 ч, принять душ через 48 ч, или линдан в виде лосьона, 30 мл, или мази, 30 г. Нанести на кожу от шеи вниз. Смыть через 8 ч. При неэффективности повторить через 1 нед	Перметрин: кратковременное жжение (10%), зависящее от тяжести инвазии, зуд (7%), эритема, онемение, покалывание, сыпь (1–2%). Кротамитон: аллергические кожные реакции. Линдан: аллергические кожные реакции, может всасываться через кожу и вызывать судороги, особенно у детей и пожилых. Клеши могут проникать под ногти; подрезать, чистить под ногтями и накладывать компрессы с лосьоном. Не рекомендуют беременным и кормящим матерям
<i>Pediculus humanus corporis</i> (платяная вошь)	Пиретрины/пиперонил-бутоксид. Нанести лосьон на пораженные участки, через 10 мин принять душ	Лечить людей, находившихся в тесном контакте с инфицированными. Провести термическую обработку постельного белья и одежды x 10 мин при температуре > 52°C. Повторить лечение через 7–10 сут. Препарат резерва – линдан
<i>Pediculus humanus capitis</i> (головная вошь, гниды)	Перметрин (1% лосьон). Намочить голову, нанести лосьон, вымыть через 10 мин и расчесать волосы	Местные: зуд, слабое жжение, онемение. Препараты резерва: малатин (0.5–1%), линдан, пиретрины, кротамитон
<i>Phthirus pubis</i> (лобковая вошь)	См. табл. 1, с. 46	

* В США не применяют

Таблица 11А. Противовирусная терапия

Возбудитель	Диагноз	Препараты выбора
Вирус простого герпеса	Герпетический кератит	Трифлуридин
	Герпес половых органов, первичный или рецидивирующий	Ацикловир
	Герпетический энцефалит	Ацикловир
	Герпес у новорожденных	Ацикловир
	Герпес кожи и слизистых (при иммунодефиците)	Ацикловир или фоскарнет
	Устойчивость к ацикловиру	Фоскарнет
Вирус varicella zoster	Опоясывающий лишай, ветряная оспа	Ацикловир или фоскарнет
Парвовирус В-19	Апластический криз	Иммуноглобулин в/в
Цитомегаловирус	Ретинит, колит, пневмония, гепатит, поражение других органов	Ганцикловир или фоскарнет
	Ретинит, вызванный устойчивым к ганцикловиру вирусом	Фоскарнет
	Пневмония после трансплантации костного мозга	Ганцикловир + иммуноглобулин в/в
ВИЧ-1	ВИЧ-инфекция, СПИД (см. табл. 11Б, с. 143)	Зидовудин, диданозин, зальцитабин
Вирус гриппа, тип А	Грипп	Амантадин или римантадин
Герпесвирус обезьян	Укус обезьяны	Ацикловир
Респираторный синцитиальный вирус	Бронхиолит	Рибавирин
Вирус Ласса	Ласская лихорадка	Рибавирин (проходит испытания)
Вирусы гепатита В и С	Хронический активный гепатит	Интерферон α-2b
Вирус папилломы человека	Обыкновенные бородавки (кожи, наружных женских половых органов)	Подofilлин, 25%; или подофиллотоксин; или трихлоруксусная кислота, 50%; или интерферон α-2b; или интерферон α-п3
	Остроконечные кондиломы влагалища	Мазь с фторурацилом
	Папилломатоз гортани у детей	Интерферон α-2b (проходит испытания)
Хантавирусы	Корейская геморрагическая лихорадка; хантавирусный легочный синдром	Рибавирин (проходит испытания)
Вирус крымской геморрагической лихорадки	Крымская геморрагическая лихорадка	
Вирус Хуни	Аргентинская геморрагическая лихорадка	
Вирус Мачупо	Боливийская геморрагическая лихорадка	

Таблица 11Б. Лечение ретровирусной (ВИЧ-1) инфекции у взрослых

Клиническое течение	Число CD4-лимфоцитов в 1 мкл крови	Лечение
ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПРОВОДИЛОСЬ		
Бессимптомное	> 500	Не проводят
Бессимптомное	200–500	Зидовудин или не проводят
Симптомы есть	200–500	Зидовудин
Бессимптомное	< 200	Зидовудин
Симптомы есть	< 200	Зидовудин
НА ФОНЕ ЗИДОВУДИНА		
Стабильное	≥ 300	Продолжить зидовудин
Стабильное	< 300	Продолжить зидовудин или заменить на диданозин
Ухудшение	50–500	Заменить на диданозин или зальцитабин
Ухудшение	< 50	Заменить на диданозин или зальцитабин
НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЗИДОВУДИНА		
Стабильное или ухудшение	< 500	Заменить на диданозин или зальцитабин

См. также [220]. Предложенные рекомендации одобрены многими специалистами, однако некоторые считают, что лечение не показано, если число CD4-лимфоцитов 200–500/мкл и клинических проявлений нет

Таблица 11В. Противовирусные средства: показания, дозы, побочные эффекты

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Амантадин	Профилактика гриппа А: у больных и персонала в больницах и домах престарелых во время эпидемии; при запоздалой вакцинации; у больных с иммунодефицитом [272]. Целесообразность профилактики приема в семье больного гриппом сомнительна, возможно распространение устойчивых форм [306]. Лечение гриппа А начинают в первые 20 ч после появления симптомов	100 мг внутрь 2 раза/сут. Пожилым (старше 65 лет) и больным эпилепсией — 100 мг 1 раз/сут (при почечной недостаточности дозу уменьшают)	Нервозность, рассеянность, бессонница, тремор, спутанность сознания, депрессия, галлюцинации. Возникают редко, только в первые 7 сут. Необходимость отмены у 6%. Сыпь, тошнота. Тератогенное действие в опытах на крысах	Основной метод профилактики гриппа А — иммунизация (эффективна у 70%). Амантадин ускоряет выздоровление. $T_{1/2} = 12$ ч, значительно увеличивается при почечной недостаточности. Безопасность при беременности не доказана
Ацикловир	Вирус простого герпеса	200 мг внутрь 5 раз/сут x 10 сут, или 400 мг внутрь 3 раза/сут x 10 сут	Иногда: диарея, головкружение, артралгия, режесыпь, утомляемость, бессонница, лихорадка, нарушения менструального цикла, угри, фарингит, судороги, лимфаденопатия	Ускоряет излечение. Не предотвращает рецидивы. Могут возникать устойчивые формы вируса. Если прием 200 мг 5 раз/сут неэффективен, через 48 ч дозу удваивают
	Первичный герпес половых органов Рецидивирующий герпес половых органов	200 мг внутрь 5 раз/сут x 5 сут, или 400 мг внутрь 3 раза/сут x 5 сут		Ускоряет заживление и предупреждает новые высыпания, но не уменьшает продолжительность боли. Профилактический прием 400 мг внутрь 2 раза/сут x 12 мес урежает рецидивы

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Ацикловир (продолжение)	Вирус простого герпеса Герпетический энцефалит	12,4 мг/кг, в/в инфузия x 1 ч, каждые 8 ч x ≥ 10 сут	Флебит. Неврологические нарушения (1%): сонливость, тремор, спутанность сознания, галлюцинации, делирий, судороги, кома; исчезают через 1–2 нед после отмены.	Ацикловир — препарат выбора [227, 299]. При лечении x 10 сут возможны рецидивы, рекомендуются продолжать до 14–21 сут [212]
	Герпес кожи и слизистых при иммунодефиците	5 мг/кг (250 мг/м ²), в/в инфузия x 1 ч, каждые 8 ч x 7 сут; или 200 мг внутрь 5 раз/сут x 10 сут	Поражение почек (5%); повышение креатинина, гематурия; в высокой дозе — кристаллическая нефропатия. Повышение АСАТ и АЛАТ. Редко: сыпь, потливость, артериальная гипотония, головная боль, тошнота	Вирусы, устойчивые к ацикловиру, чувствительны к фоскарнету (40 мг/кг в/в каждые 8 ч до исчезновения высыпаний, т. е. 10–24 сут); после отмены фоскарнета всегда возникают рецидивы (в среднем через 6 нед) [319]. Описаны 6 случаев успешного применения трифлуридина (местно)
	Вирус varicella zoster. Опоясывающий лишай При неизменном иммунидете ^a При иммунодефиците ^a	800 мг внутрь 5 раз/сут x 7–10 сут 10–12 мг/кг, в/в инфузия x 1 ч, каждые 8 ч x 7–14 сут. У пожилых разовую дозу снижают до 7,5 мг/кг, а при нефротоксических реакциях и после улучшения — до 5 мг/кг		
Нетяжелое течение Ветряная оспа При иммунодефиците ^a	800 мг внутрь 5 раз/сут x 7 сут 10–12 мг/кг (500 мг/м ²), в/в инфузия x 1 ч, каждые 8 ч x 7 сут			

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Ацикловир (продолжение)	Вирус varicella zoster. Ветряная оспа	800 мг внутрь 5 раз/сут x 7 сут, или 5 мг/кг в/в каждые 8 ч	См. с. 144, 145	Эффективен при пневмонии, вызванной вирусом varicella zoster, у беременных течение пневмонии тяжелее, ранее 41% умирали [349]. Ацикловир показан беременным, ранее не болевшим ветряной оспой, если в течение 10 сут после контакта возникли симптомы репаратурного заболевания. Ацикловир при беременности относят к категории В (см. табл. 16, с. 167), хотя тератогенное действие не доказано [286]
	При неизменном иммунитете У беременных, при пневмонии	20 мг/кг внутрь 4 раза/сут x 5 сут, (начать в первые 24 ч после появления сыпи)		
Ганцикловир	У детей от 2 до 12 лет	800 мг внутрь 5 раз/сут x 7 сут (лечение эффектив- но, если начато в первые 24 ч после появления сыпи)	Лейкопения (40%), тром- боцитопения (20%), исче- зает после отмены), ане- мия. Другие (2%) лихо- радка, сыпь, повышение активности печеночных ферментов	Уменьшает длительность лихорадки, ускоряет зажи- ление, облегчает симптомы [65]
	У подростков и молодых людей	12 мг/кг в/в каждые 8 ч x 21 сут		
	Герпес обзаян (при укусе обзаяны)	Начальная: 5 мг/кг, в/в ин- фузия x 1 ч, каждые 12 ч x 14–21 сут. Поддерживаю- щая: 6 мг/кг, в/в инфузия x 1 ч, 1 раз/сут x 5 раз/нед		
	Цитомегаловирусная ин- фекция: ретинит при имму- нодефиците, колит при СПИД [204]; эффектив- ность при цитомегалови- русном поражении печени и врожденной инфекции не выяснена. В сочетании с иммуноглобулином эф- фективен при цитомегало- вирусной пневмонии [313]		Рекомендован Центром по контролю заболеваемости [50]	Ретинит у ВИЧ-инфицированных: необходимо пожа- тельное применение в поддерживающей дозе, при отме- не в течение 1 мес развивается прогрессирующей не- кроз сетчатки [87]. При нейтропении применяют молтра- момистим, 1–8 мг/кг/сут п/к (препарат дорогой)

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Диданозин	Применяют при далеко за- шедшей ВИЧ-инфекции как монотерапию и в соче- тании с другими препара- тами у взрослых и детей старше 6 мес при непереносимости, неэффектив- ности или длительном (≥ 12 мес) приеме зидову- дина	Если вес ≥ 60 кг: таблетки по 200 мг 2 раза/сут или порошки по 250 мг 2 раза/сут. Если вес < 60 кг: таблетки по 125 мг 2 раза/сут или порошки по 167 мг 2 раза/сут. Таблет- ки измельчить (разжевать)	Монотерапию проводят взрослым на поздней стадии СПИДа после длительного ле- чения зидовудином (в среднем число CD4-лимфоцитов < 95/мкл, длительность при- ема зидовудина 14 мес). На фоне диданозина (500 мг/сут в порошках) осложнения СПИДа возникают реже, чем при продолжении приема зидовудина (800 мг/сут) [332]. В качестве первого препарата диданозин менее эффективен, чем зидовудин [25]. Панкреатит (6%, умирают 0,35%), повышение активности амилазы (10%) (мо- жет быть следствием повышенного образования в слюнных железах – при сухости во рту у 30%). В отсутствие симптомов лечение не проводят. Обострение хроничес- кого панкреатита у 8 из 27 (30%). При алкоголизме не применяют или назначают с осторожностью. Гиперлипидемия. Периферическая нейропатия (20%, у 12% до- зу уменьшают). Повышение АСАТ (13%), летальная печеночная недостаточность (0,2%, связь с диданозином точно не установлена). Диарея (28%), боль в животе (10%), тошнота (6%), сыпь (9%), синдром Стивенса-Джонсона (1 случай); головная боль (7%), лихорадка (12%), Анемия (Hb < 80 г/л – у 2%), лейкопения (< 2000/мкл – у 16%), тромбоцитопения (< 50 000/мкл – у 2%), гиперурикемия (2%). Бременным назначают по строгим показаниям. Большинство штаммов ВИЧ-1, устойчивых к зидо- вудину, чувствительны к диданозину и зальцитабину. При устойчивости к зальци- табину вирус устойчив и к диданозину. Некоторые штаммы, устойчивые к зидовуди- ну, высокоустойчивы к диданозину. Каждая таблетка содержит 45–67 мг фенилпало- нина (важно при фенилкетонурии) и 265 мг Na ⁺ . Далсон, метоклонамид, фторхиноло- ны лучше всасываются в кислой среде, их следует принимать за 2 ч до диданозина	
Зальцитабин	Применяют в сочетании с зидовудином у ВИЧ-инфи- цированных взрослых и детей старше 13 лет с чис- лом CD4-лимфоцитов ≤ 300/мкл, если на фоне монотерапии зидовудином или диданозином отме- чаются выраженные клини- ческие или иммунологиче- ские нарушения. Монотера- пия – при непереноси- мости зидовудина и неэффективности зидову- дина или диданозина	0,75 мг каждые 8 ч (если вес > 30 кг, дозу не корек- тируют); более высокие дозы токсичны	Одобрены к применению у ВИЧ-инфицированных взрослых с числом CD4-лимфоци- тов < 300/мкл. Дополнительное назначение зальцитабина 36 больным, принимав- шим зидовудин < 4 нед, привело к увеличению числа CD4-лимфоцитов на 50% (или на 50 лимфоцитов) у 70% и только у 34% при монотерапии зидовудином. У 1722 больных при неэффективности или непереносимости зидовудина применяли заль- цитабин, 0,75 мг каждые 8 ч. Эффективность комбинированного лечения изучается. Основной побочный эффект – периферическая нейропатия (17–31%); проявления – ожоженные и парестетичные, затем сильная постоянная боль, медленно исчезающая после отмены препарата. Обострение хронического панкреатита у < 1% (панкреа- тит или повышение активности амилазы у 3,2%), описаны смертельные исходы. Яз- венный стоматит (13%), дисфагия (3%), боль в животе (3%), описаны смертельные исходы. Яз- венная боль (9%), миалгия (5%), Анемия (5%), лейкопения (< 1500/мкл – у 9%), головная боль (> 25% – у 2%), тромбоцитопения (< 50 000/мкл – у 4%), повышение активности АСАТ (> 250 МЕ/л – у 5%). После прекращения нейропатии препарат применяют в меньшей дозе (0,475 мг каждые 8 ч). У женщин детородного возраста применяют на фоне контрацептивов. Безопасность у детей до 13 лет не выяснена	

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Зидовудин	СПИД у взрослых - см. табл. 11Б, с. 143 и [164]	200 мг внутрь или в/в каждые 8 ч	Зидовудин показан ВИЧ-инфицированным взрослым, если число CD4-лимфоцитов < 500/мл, и детям старше 3 мес, если имеются клинические или лабораторные признаки СПИДа. Побочные эффекты, как правило, зависят от дозы. В дозе 600 мг/сут препарат может угнетать кроветворение: анемия (Hb < 80 г/л - у 1%), лейкопения (< 750/мл - у 1,6%). В любой дозе может вызывать макроцитоз. При анемии эффективен эритрополтин, если его уровень в сыворотке < 0,5 МЕ/мл. Тошнота (5%), сухость во рту, глоссит, гастрит, диарея, жировая дистрофия печени, лактацидоз, анорексия (20%), рвота (17%), головная боль (62%), меломегалия (53%) (возникают реже, если начинают с меньших доз. 200 мг 1 раз/сут x 5-7 сут, далее 400 мг каждые 12 ч, далее 200 мг каждые 8 ч). пигментация ногтей, кардиомиопатия (крайне редко), миопатия (6%), васкулит. Устойчивость вируса к зидовудину, назначенному в раннем периоде инфекции, можно распознать только через 12-18 мес. Возможно, что столь поздние выявления устойчивости снижают эффективность лечения. Устойчивые формы обычно чувствительны к диданозину и зальцитабину	
	СПИД у детей старше 3 мес	180 мг/м ² внутрь каждые 6 ч неопределенно долго. Максимальная доза 200 мг	Лихорадка (3,2%), головная боль (1,6%), рвота (4,6%), боль в животе (3,2%), диарея (0,8%), снижение рефлексов (5,6%), утомляемость (2,4%), изменение ЭКГ (2,4%), лейкопения (< 750/мл у 39%), анемия (Hb < 75 г/л у 23%)	Длительному применению зидовудина часто препятствует его токсическое действие на костный мозг (у 26% приходится снижать дозу или отменять препарат, 21% фактиван из-за появления устойчивых штаммов
	Профилактика ВИЧ в медицинских учреждениях после контакта с вирусом	См. табл. 12А, с. 151		
Интерферон α-2b, интерферон α-п3	Бородавки аногенитальной области (остроконечные кондиломы)	1 млн МЕ (0,1 мл) вводят в бородавку 3 раза/нед x 3 нед	Болезненность. Применяют только препараты, содержащие 10 млн МЕ в 1 мл	Предварительные результаты показывают обнадеживают [197]. Применяют в случае неэффективности других методов лечения, в первую очередь, при СПИДе

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Интерферон α-2b, интерферон α-п3 (продолжение)	Хронический гепатит В Хронический гепатит С	5 млн МЕ/сут п/к или в/м x 4 мес 3 млн МЕ 3 раза/нед п/к или в/м x 6 мес	Гриппоподобные: лихорадка (86%), утомляемость (89%), миалгия (73%), головная боль (71%). Анорексия (46%) диарея (28%), головкружение (21%), сыпь (18%), лейкопения (48%), тромбоцитопения (35%), анемия (27%). При длительном лечении - психические расстройства, алопеция, повышение уровня тиреотропного гормона, аутоиммунный тиреоидит	Нормализация показателей ферментов функции печени у 15 из 39; исчезновение вирусемии и HBeAg у 13 из 39 [166] Нормализация активности АлАТ у 50%, рецидивы после отмены препарата у 25-50%. Гриппоподобные реакции устраняет ацетаминофен [233]
Подofil-лин, 25% раствор в бей-зонне	Бородавки аногенитальной области (остроконечные кондиломы)	Нанести на кондилому, смыть через 1-4 ч. При неэффективности через 4 нед использовать другие методы	Боль, жжение, воспаление у 50%. Не оказывает системного действия. Эффективность лечения бородавок полового члена - 74% (плацебо - 8%), рецидивы у 55% (плацебо - у 100%)	Цервикальные бородавки не следует лечить, до получения результатов мазка, окрашенного по Папаниколу. Избегать при беременности. Методы резерва: криотерапия и электрокоагуляция; при тяжелых поражениях, не поддающихся лечению, иногда эффективен фтор-урацил в/в
Подofil-токсин	Бородавки аногенитальной области (остроконечные кондиломы)	Нанести на кондилому, смыть через 1-4 ч. При неэффективности через 4 нед использовать другие методы	Боль, жжение, воспаление у 50%. Не оказывает системного действия. Эффективность лечения бородавок полового члена - 74% (плацебо - 8%), рецидивы у 55% (плацебо - у 100%)	Цервикальные бородавки не следует лечить, до получения результатов мазка, окрашенного по Папаниколу. Избегать при беременности. Методы резерва: криотерапия и электрокоагуляция; при тяжелых поражениях, не поддающихся лечению, иногда эффективен фтор-урацил в/в
Римантадин	Профилактика и лечение гриппа А	100 мг внутрь 2 раза/сут, при терминальной почечной недостаточности (СКФ < 10 мл/мин) и у пожилых дозу уменьшают до 100 мг 1 раз/сут	Неврологические нарушения (2,1%); бессонница, головное головокружение, головная боль. Дисфункция ЖКТ (2,8%); тошнота, рвота, анорексия. Астения (1,4%)	См. Амантадин

Препарат	Показания	Дозы у взрослых	Побочные эффекты	Примечания
Рибавирин	Респираторный синцитиальный вирус Ласская лихорадка*, хантавирусный легочный синдром; корейская чума; аргентинская и болливийская геморрагические лихорадки	1, 1 г/сут в ингаляциях ^а Насыщающая доза 2 г в/в, далее 1 г каждые 6 ч x 4 сут, далее 0,5 г каждые 8 ч x 6 сут	Нормохромная нормоцитарная анемия, сыпь, конъюнктивит Препарат никотоксичен. Вызывает гемолитическую ацидоз после отмены	Уменьшает лихорадку, улучшает состояние. Активен в отношении вирусов гриппа А, В Не вызывает лейкопению и тромбоцитопению, не нарушает функцию печени и почек [258]. Эффективность при крысиной, аргентинской и болливийской геморрагической лихорадке доказана в опытах на животных. In vitro активен в отношении вируса Ла Кросс
Трифлуридин	Кератоконъюнктивит, вызванный вирусом простого герпеса типов 1 и 2	Глазные капли (1%), по 1 капле каждые 2 ч (максимальная доза 9 капель/сут) x ≥ 3 нед	Слабое жжение (5%), отек век (3%), точечная кератопатия, отек стромы	Согласно контролируемым исследованиям трифлуридин более эффективен, чем идоксуридин. Время эпителизации роговицы такое же, как при лечении идоксуридином. Эффективен после безуспешного лечения идоксуридином и видеарабином
Фоскарнет	Цитомегаловирусный ретиinit, в частности при непереносимости и неэффективности ганцикловира [203]. Препарат резерва у ВИЧ-инфицированных при инфекциях, вызванных устойчивыми к ацикловиру вирусами простого герпеса и varicella zoster. Некоторые рекомендуют фоскарнет как препарат выбора при цитомегаловирусном ретиinitе	Начальная: 60 мг/кг в/в инфузия x 2 ч, каждые 8 ч x 14 сут. Поддерживающая: 90–120 мг/кг 1 раз/сут (инфузия x 2 ч, необходим инфузионный насос для введения препарата с постоянной скоростью); лечение пожилых. При инфекции, вызванной вирусами простого герпеса и varicella zoster: 40 мг/кг каждые 8 ч в/в	При почечной недостаточности дозу уменьшают (см. табл. 21, с. 179). Назначительная головная боль (100%), слабость (80%), лихорадка (25%), повышение креатинина (50%), протеинурия, нефрогенный несахарный диабет, гипонатриемия, гипокальциемия, гипоматемия, судороги, лейкопения, анемия, повышение активности ферментов печени, нейтропения, язвы полового члена. Ганцикловир и фоскарнет одинаково эффективны при цитомегаловирусном ретиinitе; в 2 исследованиях показано, что при лечении фоскарнетом выживаемость выше [26, 325]. Этот факт может быть обусловлен активностью фоскарнета в отношении ВИЧ-1	

* Не одобрено FDA.

^а Разводят до 20 мг/мл, распыляют через кислородную маску в виде мелкодисперсного аэрозоля по 12–18 ч/сут x 3–7 сут. Во время ИВЛ применять крайне осторожно, т. к. кристаллы осаждаются на клапане вдоха; необходимо часто очищать клапан. В опытах на животных доказана тератогенность рибавирина; противопоказан беременным. Количество вдыхаемого препарата медперсоналом, среди которого могут быть беременные, иногда превышает допустимый уровень [353]

Таблица 12А. Профилактическое применение антимикробных средств

Показания к профилактике	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
Бессимптомная бактериурия	См. табл. 1, с. 39			
Бешенство	См. табл. 25, с. 189			
ВИЧ. Профилактика после контакта, в медицинских учреждениях	ВИЧ-1	Зидовудин (эффективность профилактики зависит от применения изучается)	<p>Протокол многоцентрового исследования: 200 мг внутрь каждые 4 ч x 72 ч (желательно начать в 1-й час после контакта с вирусом), далее 100–200 мг каждые 4 ч (5 раз/сут) x 25 сут. Проводят мониторинг показателей крови. При массивном или очевидном заражении от ВИЧ-инфицированного больного, у которого вероятно или поздняя стадия или поздняя стадия ВИЧ-инфекции) или который принимает зидовудин > 6 мес, некоторые назначают зидовудин по описанной выше схеме + диданозин, 200 мг внутрь каждые 12 ч. Продолжительность лечения не определена, возможно, 25 сут [252]</p>	<p>Результаты экспериментальных исследований и клинических испытаний недостаточны для оценки эффективности медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции после контакта с вирусом. Описаны по меньшей мере 8 случаев безуспешного лечения Сан-Франциско [291] основываются на вероятности и интенсивности парентерального заражения. Массивное переливание инфицированной крови. Лечение рекомендуется. Очевидно: в/м попадание инфицированной крови через иглу большого диаметра. Лечение целесообразно. Вероятнее: попадание инфицированной крови на поврежденную кожу или слизистые, в первую очередь от больных с начальной (появление антител к ВИЧ) или поздней стадией (появление антител к ВИЧ) вероянее: при введении жидкости, не содержащей кровь. Целесообразность лечения сомнительна. Не парентеральное: на кожу. Лечение не показано. Тяжелых побочных эффектов не отмечено, но часто возникают желудочно-кишечные расстройства, утомляемость, головная боль. Если после заражения прошло > 72 ч, профилактическое лечение обычно не проводят</p>
Грипп А	См. табл. 11В, с. 144			

Показания к профилактике	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
Диарея путешественников	<i>E. coli</i> (энтерококковые штаммы). Другие возбудители – см. табл. 1, с. 17	Висмута субсалицилат, 524 мг внутрь 1 раз/сут; или ципрофлоксацин, 500 мг (другие фторхинолоны – 400 мг) внутрь 1 раз/сут		Национальный институт здоровья США рекомендует против диареи применение антибактериальных препаратов. Висмута субсалицилат не противостоит. При появлении диареи рекомендуют фторхинолоны + поларамид [340]
Иммунодефицит; химиотерапия при злокачественных новообразованиях; иммуносупрессивная терапия при трансплантации; ожидаемая длительная (> 1 нед) лейкопения (< 100/мкл)	Бактерии: энтеробактерии, стафилококки, <i>Pseudomonas spp.</i> Грибы: <i>Candida spp.</i> Вирусы: простого герпеса, цитомегаловирус. Простейшие: <i>Pneumocystis carinii</i> (в некоторых больницах)	ТМП/СМК или фторхинолоны	ТМП/СМК 320/1600 мг внутрь 2 раза/сут. Норфлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза/сут; или офлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза/сут; или ципрофлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза/сут	«Избирательную дезинфекцию» широко применяют в Европе, в США реже. Чтобы избежать появления устойчивых форм, не следует одновременно назначать аминогликозиды. Не рекомендуется лечение направленного исключительно на подавление кишечной микрофлоры. Проводено > 30 исследований профилактического приема ТМП/СМК, в большинстве показана высокая эффективность и низкая токсичность [201]
Инфекционный эндокардит	См. табл. 12Б, с. 159	+ нистатин (или клотримазол)	Внутрь. См. табл. 8А, с. 108	Профилактическое применение флуконазола неэффективно [73]
Коклюш. Профилактика после контакта с больным	<i>Bordetella pertussis</i>	Эритромицин	Детям: 50 мг/кг/сут внутрь, дозу разделяют, прием 4 раза/сут Взрослым: 500 мг внутрь 4 раза/сут x 14 сут	Американская академия педиатрии рекомендует профилактическое лечение всем членам семьи и лицам, бывшим в тесном контакте с заболевшим [366]. Эффективность не установлена. Широкомасштабная профилактика не рекомендуется
Менингит, вызванный <i>H. influenzae</i> . Профилактика после контакта с больным (члены семьи, дети в дошкольных учреждениях)	<i>H. influenzae</i> , тип В	Рифампицин, 20 мг/кг внутрь 1 раз/сут x 4 сут. Максимальная доза 600 мг/сут		Если в семье есть дети до 4 лет, рифампицин показан всем членам семьи*, кроме беременных. Лечение показано детям до 2 лет, тесно контактировавшим с больным в дошкольном учреждении. Лечение в группе детей начинают после одного случая заболевания [305] или, как рекомендует Американская академия педиатрии, после 2 случаев за 60 сут

Показания к профилактике	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
Менингит, вызванный <i>N. meningitidis</i> . Профилактика после контакта с больным	<i>N. meningitidis</i>	Рифампицин	600 мг (детям – 10 мг/кг) внутрь каждые 12 ч x 2 сут	При контакте с менингококковой инфекцией профилактику проводят членам семьи*, медицинским работникам, выполняющим реанимационные мероприятия, детям и персоналу дошкольных учреждений. Иногда встречаются штаммы, устойчивые к рифампицину [254]. Препараты резерва: цефтриаксон, миноцилин, ципрофлоксацин
Микобактериоз, вызванный <i>Mycobacterium avium</i> . Профилактика при ВИЧ-инфекции		Спирамицин	500 мг (детям – 10 мг/кг) внутрь каждые 6 ч x 5 сут	Во многих странах Европы применяют как препарат выбора. Препараты резерва: цефтриаксон, 250 мг или однократно (детям до 15 лет – 125 мг); более эффективен против менингококков группы А, чем рифампицин [221]
Мочевыводящие пути. Профилактика инфекций у детей до 5 лет с рефлюксом III–IV степени	<i>E. coli</i>	ТМП/СМК, 2/10 мг/кг внутрь 1 раз/сут; или нитрофурантоин, 2 мг/кг внутрь 1 раз/сут		
Пневмония. Профилактика при эндотрахеальной интубации	Аэробные грамотрицательные палочки	Колистин, 200 мг + норфлоксацин, 500 мг + амфотерицин В, 50 мг, через назоглоточный зонд 4 раза/сут + мазь аналогичного состава, смазывать ротоглотку 4 раза/сут + цефотаксим, 500 мг в/в 3 раза/сут x 5 сут		Лечение подавляет рост микроорганизмов в ротоглотке и желудке (без лечения у 63–80%, после лечения: в ротоглотке у 12%, в желудке у 24%). Об эффективности предупреждения пневмонии не сообщалось [188]. Этот метод оценивается неоднозначно, поскольку способствует появлению микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью [327]
Половые контакты	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> ,	Цефтриаксон + доксицилин	Цефтриаксон, 125 мг в/м однократно; доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут x 7 сут	
С большим сифилисом	<i>Treponema pallidum</i>	См. табл. 1, с. 44		Лечение после контакта x 3 мес. Многократные исследования на сифилис

Показания к профилактике	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
Половые контакты (продолжение) Изнасильование	Возбудители венерических болезней [309]	Цефтриаксон + доксицилин + метронидазол	Цефтриаксон, 125 мг в/м однократно; доксицилин, 100 мг внутрь 2 раза/сут × 7 сут; метронидазол 2 г внутрь однократно	Провести гинекологическое исследование. Капельный препарат для выявления подвздошных зондов и Trichomonas vaginalis. Посевы на gonokokus, исследование на хламидии, сифилис и определение антител к ВЧЧ. Тест на беременность. Гинекологическое исследование повторить через 2 нед, микробиологические и серологические — через 12 нед [280]
Ревматизм	Стрептококки группы А	Бензатинбензилпенициллин	1,2 млн МЕ в/м каждые 4 нед	Пенициллин × 10 сут предупреждает ревматическую атаку, даже если лечение начато на 7–9 сут инфекции. См. табл. 1, с. 15, 56
Первичная профилактика		Бензатинбензилпенициллин	1,2 млн МЕ в/м каждые 4 нед	Препараты резерва, феноксиметилпенициллин, 250 мг внутрь 2 раза/сут; сульфадiazин (или сульфизоксазол), 1 г/сут внутрь; эритромицин, 250 мг внутрь 2 раза/сут. Сроки лечения: при ревмокардите — 10 лет или до 25-летнего возраста, без ревмокардита — 5 лет или до 18-летнего возраста [72]
Серповидноклеточная анемия	<i>S. pneumoniae</i>	Амоксициллин, феноксиметилпенициллин	Детям от 3 мес до 2 лет — амоксициллин, 125 мг внутрь 2 раза/сут; старше 2 лет — феноксиметилпенициллин, 250 мг внутрь 2 раза/сут	Детям показана вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи, гепатита В, гриппа, Н. influenzae типа В, пневмококковой инфекции; менингококковая вакцина — по показаниям. Пенциллины снижают риск инфекций [351]. При повышении температуры — цефтриаксон, 50 мг/кг в/в [343]
Спленэктомия	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>H. influenzae</i> , тип В, (а в районах с высоким риском тяжелой малярии или бабезиоза также <i>Plasmodium</i> и <i>Babesia</i> spp.)	Феноксиметилпенициллин	Детям до 5 лет — 125 мг внутрь 2 раза/сут; старше 5 лет — 250 мг внутрь 2 раза/сут. Взрослым: 250 мг внутрь 2 раза/сут	Рекомендуется детям и подросткам × 3 лет после спленэктомии. Препараты резерва: амоксициллин, TMP/CSMK. Дополнительные меры: период плановой спленэктомией — вакцинация против менингококков А и С, пневмококков, Н. influenzae, типа В. При повышении температуры самостоятельно принимать АМК/КП

Показания к профилактике	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
Средний отит. Профилактика обострения	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>S. aureus</i> , стрептококки группы А	Сульфизоксазол или амоксициллин (или АМК/КП)	Сульфизоксазол, 50 мг/кг внутрь на ночь. Амоксициллин, 20 мг/кг внутрь	Лечение показано, если за 6 мес рецидивы возникли ≥ 3 раз или за 1 год ≥ 4 раз. Препараты принимаются ежедневно × 6 мес в зимне-весенний период. Детей обследовать ежемесячно для выявления бессимптомной экссудации. Может потребоваться дренирование барабанной полости
Стафилококковые инфекции. Рост <i>S. aureus</i> , устойчивых к метициллину	<i>S. aureus</i> , устойчивый к метициллину	Мулироцин	Мулироцин, 2% мазь, интраназально 1 раз/сут × 1 нед + смазывать рану 1 раз/сут × 2 нед	Лечение × 1 нед эффективно у 95%. При длительном лечении рецидивы у 40%, появления устойчивых форм у 11% [27]
Столбняк	См. табл. 24, с. 188			
Стрептококковые инфекции. Профилактика у новорожденных*	Стрептококки группы В	Ампициллин	Матери: 2 г в/в, далее 1 г в/в каждые 4 ч до родов. Новорожденному: 50 мг в/м каждые 12 ч × 2 сут	Проводят при преждевременных или длительных (> 12 ч после разрыва околоплодной оболочки) родах, если у матери обнаружены стрептококки группы В или тест на стрептококковый антиген положительный [300]
Трансплантация костного мозга. Профилактика цитомегаловирусной пневмонии	Цитомегаловирус	Ганциловир	5 мг/кг в/в 2 раза/сут × 2 нед, далее 5 раз/нед до 120-х сут после трансплантации	Частота пневмонии уменьшилась с 70% (у 14 из 20) до 25% (у 5 из 20) [313]
Туберкулез	См. табл. 9А, с. 115, 116			
Целлюлит. Профилактика при лимфостазе (при врожденной спленомии), после иссечения подкожной вены бедра	<i>Streptococcus ruogenes</i> , стрептококки групп А, С, G	Бензатинбензилпенициллин	1,2 млн МЕ в/м 1 раз/4 нед	Начинают при частых рецидивах. Эффективен феноксиметилпенициллин, 250 мг внутрь 2 раза/сут, но клинические испытания не проводились. При аллергии к пенициллинам: эритромицин, 500 мг внутрь 1 раз/сут; или азитромицин, 250 мг внутрь 1 раз/сут; или кларитромицин, 500 мг внутрь 1 раз/сут

Операции	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ				
Кесарево сечение ^а , экстирпация матки из брюшного или влагалищного доступа	<i>S. epidermidis</i> , энтерококки, стрептококки (кроме групп A, D), энтеробактерии, <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Bacteroides</i> spp.	Цефазолин, 1 г в/в, повторяют дважды с интервалом 8 ч; или цефокситин, 2 г в/в, повторяют дважды с интервалом 4 ч; или цефметазол, 1 г в/в, повторяют дважды с интервалом 8 ч (или 2 г в/в однократно)	Цефазолин (или цефалотин), 1 г в/в каждые 8 ч x 1-2 сут.; или ванкомицин, 1 г в/в, далее 0,5 г каждые 6 ч x 2 сут.	Профилактическая антибактериальная терапия снижает риск инфекционных осложнений при спленэктомии на ЖКТ (в том числе на пищеводе и прямой кишке); 2) на желчных путях при высоком риске распространения инфекции (у пожилых, при зондировании общего желчного протока, при остром холецистите); 3) реконструктивные на сосудах брюшной полости и нижних конечностей; 4) экстирпация матки из влагалищного доступа; 5) кесарево сечение (фактора риска: > 9 влагалищных исследований); 6) установка штифта для остеосинтеза, спондилодез; 7) коронарное шунтирование; 8) имплантация электрокардиостимулятора (не проводят в больницах с низкой частотой инфекционных осложнений). Если рана чистая или умеренно загрязненная, рекомендуют цефазолин, 1 г в/в [289]. Исключения составляют: 1) операции на толстой и прямой кишке, когда показан цефокситин, 1 г в/в; 2) сердечно-сосудистые и ортопедические операции в больницах, где распространены <i>S. aureus</i> или <i>S. epidermidis</i> , устойчивые к метициллину; 3) аллергия к пеницилинам. В двух последних случаях применяют ванкомицин, 1 г в/в. Если вероятно инфицирование гранотрицательными палочками (при паховом доступе) — дополнительно цефазолин. Для большей эффективности антибиотика вводят за 2 ч до хирургического разреза [326]; если операция продолжается > 6 ч, препарат вводят повторно
Первый триместр беременности	Те же + <i>S. trachomatis</i>	Доксициклин	До вмешательства — 100 мг внутрь, через 30 мин после — 200 мг	Показания: перенесенные воспалительные заболевания половых органов или гонорея, многочисленные половые партнеры
На желудке и двенадцатиперстной кишке, в том числе чрескожная эндоскопическая гастростомия	<i>E. coli</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Klebsiella</i> spp., грамположительные энтеробактерии, <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Bacteroides</i> spp.	Цефазолин; или цефокситин; или цефотетан; или цефметазол	См. Кесарево сечение. Цефотетан, 2 г в/в однократно	
Медицинский аборт	<i>S. epidermidis</i> , энтерококки, стрептококки (кроме групп A, D), энтеробактерии, <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Bacteroides</i> spp.	Цефазолин, 1 г в/в, или цефокситин, 2 г в/в		
Второй триместр беременности				

Операции	Возбудители	Препараты	Схемы профилактики	Примечания
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ (продолжение)				
На толстой и прямой кишке, в том числе аппендэктомия	<i>E. coli</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Klebsiella</i> spp., неспорообразующие анаэробы	Внутри: неомицин + эритромицин. В/в: те же, что и при кесаревом сечении	Подготовка к плановой операции — за 1 сут до операции: 1) с 10 ч утра выпить раствор поллизителитигола и электролитов, 4 л за 2 ч; 2) принимать только жидкую «прозрачную» пищу; 3) в 13, 14 и 22 ч — неомицин, 1 г внутрь + эритромицин, 1 г внутрь; 4) с получаса ничего не принимать внутрь. Если антибиотики не назначались внутрь, в день операции во время вводного наркоза антибиотики вводят в/в [173]. Схема приема внутрь так же эффективна, как и парентеральное введение антибиотиков. При экстренной операции антибиотик вводят в/в. Хуже изучена другая схема: накануне операции — промывающий раствор внутрь в течение 5 ч (с 13 до 18 ч), далее неомицин, 2 г внутрь + метронидазол, 2 г внутрь, в 19 и 23 ч	
Протезирование тазобедренного сустава, спондилодез	<i>S. aureus</i> , энтеробактерии	Те же, что и при операциях на сердце	Те же, что и при операциях на сердце (см. выше), но принимают x 3 сут	После операции: клоксациллин, 0,5 г каждые 6 ч x 2 сут
Протезирование сустава (кроме тазобедренного)	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i>	Ванкомицин	1 г в/в однократно перед операцией	Результаты применения цефтриаксона — см. [308]
На молочной железе, грыжесечение	<i>S. aureus</i> , <i>E. coli</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Klebsiella</i> spp., анаэробы рта	Цеф-1п, Цеф-2п	Те же, что и при кесаревом сечении (см. выше)	
На голове и шее		Цефазолин, 2 г в/в, или клиндамицин, 600 мг в/в		

^а Лечение проводят тем членам семьи, которые или постоянно проживают с больным, или контактировали с ним в течение недели до заболевания как минимум 5 дней по 4 ч.

^б Единых рекомендаций нет; антибиотики применяют индивидуально, на основании опыта больницы [366].

^в Антибиотик вводят сразу после пережатия пуповины. При катетеризации сердца антибиотик не показан.

^г Гентамицин входит в состав костного адринального цемента (12,5 мг/г), антибиотик высвобождается > 3 нед, эффективность не установлена

Таблица 125. Профилактика инфекционного эндокардита

Показания к профилактическому лечению [214]

Клинические аспекты	Профилактика показана	Профилактика не показана
Болезни сердца	Протезированные клапаны сердца, в том числе биопротезы. Перенесенный бактериальный эндокардит. Большинство врожденных пороков сердца. Ревматические и другие приобретенные клапанные пороки (в том числе оперированные). Гипертрофическая кардиомиопатия. Проллапс митрального клапана с митральной регургитацией	Коронарное шунтирование. Проллапс митрального клапана без митральной регургитации*. Функциональные шумы. Имплантация вентрикулярного электростимулятора или дефибрилятора. Дефект межпредсердной перегородки типа ostium secundatum. Через 6 мес после устранения дефекта межжелудочковой перегородки, открытого артериального протока. Перенесенная атака ревматизма или болезнь Kawasaki без формирования клапанного порока
Стоматологические и хирургические вмешательства	Стоматологические вмешательства, вызывающие кровотечение из десен и слизистой. Удаление миндалин, аденоидов. Хирургические вмешательства на дыхательных путях и кишечнике. Применение местного бронхоскопа. Сиглеротерапия варикозных вен пищевода. Бужирование пищевода. Операции на желчном пузыре. Цистоскопия. Бужирование уретры. Катетеризация мочевого пузыря и операции на мочевыводящих путях при инфекции. Операции на предстательной железе. Вскрытие и дренирование инфицированных тканей**. Экстирпация матки из влагалищного доступа. Роды через естественные родовые пути при инфекции	Стоматологические вмешательства, обычно не вызывающие кровотечения из десен (пломбы, расположенные выше десны, протезирование зубов). Инъекции анестетиков. Удаление молочных зубов. Дренирование барабанной полости. Эндотрахеальная интубация. Фибробронхоскопия, биопсия. Катетеризация сердца. Гастроскопия, колоноскопия, биопсия. Катетеризация мочевого пузыря, выскабливание, неосложненные роды через естественные родовые пути, медицинский аборт, стерилизация, установка и удаление внутриматочных контрацептивных средств

* Риск эндокардита повышен при утолщении или избыточной длине створок, особенно у мужчин старше 45 лет.

** Дополнительно назначают препараты, активные в отношении обнаруженных или наиболее вероятных возбудителей

Схемы профилактического лечения

Вмешательства	Стандартные схемы		Альтернативные схемы*	
	Препарат	Дозы у взрослых**	Показания	Препарат
Стоматологические, на полости рта, на верхних дыхательных путях	Амоксициллин	3 г внутрь за 1 ч до вмешательства и 1,5 г внутрь через 6 ч после первого приема	Аллергия к пенициллинам	Эритромицин
На мочеполовой системе, ЖКТ	Ампициллин + гентамицин, далее амоксициллин	Ампициллин, 2 г в/в + гентамицин, 1,5 мг/кг в/в (максимальная доза 80 мг) за 30 мин до вмешательства, далее амоксициллин, 1,5 г внутрь через 6 ч после первого введения антибиотиков, или повторить ампициллин + гентамицин в той же дозе в/в через 8 ч после первого введения	Невозможность приема внутрь	Клиндамицин
			Высокий риск эндокардита, аллергия к пенициллинам	Ампициллин
			Аллергия к пенициллинам	Ванкомицин + гентамицин
На мочеполовой системе, ЖКТ	Ампициллин + гентамицин, далее амоксициллин	Ампициллин, 2 г в/в + гентамицин, 1,5 мг/кг в/в (максимальная доза 80 мг) за 30 мин до вмешательства, далее амоксициллин, 1,5 г внутрь через 6 ч после первого введения антибиотиков, или повторить ампициллин + гентамицин в той же дозе в/в через 8 ч после первого введения	Низкий риск эндокардита	Амоксициллин
			Высокий риск эндокардита, аллергия к пенициллинам	Ванкомицин
			Аллергия к пенициллинам	Ванкомицин + гентамицин
На мочеполовой системе, ЖКТ	Ампициллин + гентамицин, далее амоксициллин	Ампициллин, 2 г в/в + гентамицин, 1,5 мг/кг в/в (максимальная доза 80 мг) за 30 мин до вмешательства, далее амоксициллин, 1,5 г внутрь через 6 ч после первого введения антибиотиков, или повторить ампициллин + гентамицин в той же дозе в/в через 8 ч после первого введения	Низкий риск эндокардита	Амоксициллин
			Высокий риск эндокардита, аллергия к пенициллинам	Ванкомицин
			Аллергия к пенициллинам	Ванкомицин + гентамицин

* В Великобритании вместо эритромицина применяют клиндамицин, 600 мг внутрь за 1 ч до вмешательства (у детей до 5 лет – 150 мг, от 5 до 10 лет – 300 мг), вместо ванкомицина и гентамицина – тейкопланин, 400 мг в/в + гентамицин, 120 мг в/в [240].

** Дозы у детей. Начальные: амоксициллин и ампициллин – 50 мг/кг, эритромицин-этилсукцинат и эритромицин-стеарат – 20 мг/кг, клиндамицин – 10 мг/кг, гентамицин – 2 мг/кг, ванкомицин – 20 мг/кг. Дозы у детей должны быть меньше, чем у взрослых. При повторном применении дозы уменьшают вдвое

Таблица 13. Дозы антимикробных препаратов у детей

Препарат ^а	Возраст	Показания	Дозы ^б
Азтреонам ^а	Старше 4 нед	Муковисцидоз	120 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч. 200 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Амантадин	1–9 лет		6,6 мг/кг внутрь 1 раз/сут. Максимальная доза 150 мг/сут
Амикацин	До 7 сут Старше 7 сут		10 мг/кг в/м или в/в, далее 7,5 мг/кг каждые 12 ч. 15 мг/кг/сут в/м. Дозу разделяют, вводят каждые 8–12 ч
Амоксициллин		Средний отит	20 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 3 раза/сут
		Легочные инфекции	40 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 3 раза/сут
АМК/КЛ		Средний отит, синусит, легочные инфекции	Как у амоксициллина (дозы рассчитывают по амоксициллину)
Ампцициллин	До 7 сут Старше 7 сут	Менингит Другие инфекции	75 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч. 50 мг/кг/сут внутрь, в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч
		Менингит Другие инфекции	150–200 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч. 75 мг/кг/сут внутрь, в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
АМП/СБ	Не одобрено FDA у детей до 12 лет		Как у ампициллина ^а
Ацикловир	До 12 лет	Герпес кожи Герпетический энцефалит Ветряная оспа	250 мг/м ² , в/в инфузия × 1 ч каждые 8 ч (5–15 мг/кг). 500 мг/м ² , в/в инфузия × 1 ч каждые 8 ч. 500 мг/м ² , в/в инфузия × 1 ч каждые 8 ч
Бацитрацин			1000 МЕ/кг/сут в/м. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Бензатинбензилпенициллин	< 27 кг > 27 кг		600 000 МЕ в/м. 1 200 000 МЕ в/м
Бензилпенициллин	До 7 сут От 7 сут до 1 года Старше 1 года До 7 сут Старше 7 сут	Менингит Менингит Менингит Другие инфекции Другие инфекции	100 000–150 000 МЕ/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8–12 ч. 150 000–250 000 МЕ/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6–8 ч. 250 000 МЕ/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 3–4 ч. 50 000 МЕ/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 75 000 МЕ/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Ванкомицин	До 1 мес Старше 1 мес		15 мг/кг в/в, далее 10 мг/кг в/в каждые 8 ч. 40 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч

Препарат ^а	Возраст	Показания	Дозы ^б
Ганцикловир ^а	Старше 2 лет	Цитомегаловирусный ретинит	2,5 мг/кг 3 раза/сут в/в, далее 5 мг/кг в/в 2 раза/сут
Гентамицин	До 7 сут Старше 7 сут		5 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 7,5 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Диклоксациллин			12,5–50 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 4–6 раз/сут
Доксициклин	Старше 8 лет		2–4 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 2 раза/сут
Изониазид		Лечение туберкулеза Профилактическое применение	7–20 мг/кг внутрь или в/м 1 раз/сут (или дозу разделяют и вводят каждые 12 ч). 10 мг/кг внутрь 1 раз/сут. Максимальная доза 300 мг/сут
ИМП ^а			50 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч. Максимальная доза 4 мг/сут
Кетоконазол ^а			5 мг/кг внутрь 1 раз/сут
Кларитромицин	Старше 6 мес	Инфекции, вызванные <i>Mycobacterium avium</i>	7,5 мг/кг внутрь 2 раза/сут. Максимальная разовая доза 500 мг
Клиндамицин			10–20 мг/кг/сут внутрь, в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят 3–4 раза/сут
Клоксациллин			50–100 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 4 раза/сут
Колистин		Диарея, вызванная <i>E. coli</i>	15 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 4–6 раз/сут
Колистин-мезилат			5–7 мг/кг/сут в/м. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Лоракарбеф ^а		Средний отит Другие инфекции	30 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч. 15 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч
Мезлоциллин	До 7 сут Старше 7 сут		150 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 300 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Метенамин-манделат	До 6 лет 6–12 лет		18,4 мг/кг внутрь каждые 6 ч. 500 мг внутрь каждые 6 ч
Метронидазол	Старше 6 нед	Амебиоз Лямблиоз, трихомоноз	35–50 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч. 15 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч
Нафциллин	До 7 сут Старше 7 сут		100 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч. 150 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Неомицин		Диарея, вызванная <i>E. coli</i>	100 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 3–4 раза/сут
Нетилмицин	До 6 нед Старше 6 нед		5 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 7,5 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч

Препарат ^a	Возраст	Показания	Дозы ^b
Нитрофурантоин	До 1 мес Старше 1 мес		Противопоказан. 5-7 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 4 раза/сут
Оксациллин			150 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Пиперациллин ^a	До 2 мес Старше 2 мес		Дозы не установлены. 300 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Пиразинамид			30 мг/кг внутрь 1 раз/сут
Пирвиний			5 мг/кг 1 раз/сут
Празиквантел ^a			60 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 3 раза/сут × 1 сут
Римантадин			5 мг/кг/сут внутрь. Максимальная доза 150 мг/сут
Рифампицин	До 7 сут Старше 7 сут	Туберкулез Туберкулез	10 мг/кг внутрь 1 раз/сут. 20 мг/кг внутрь 1 раз/сут. Максимальная доза 600 мг/сут
Стрептомицин			20-30 мг/кг в/м 1 раз/сут (или дозу разделяют и вводят каждые 12 ч)
Сульфизоказол		Инфекции мочевыводящих путей	120-150 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 4 раза/сут
Тетрациклин	Старше 9 лет		25-60 мг/кг/сут внутрь или 15-20 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч (детям до 9 лет противопоказан)
Тикарциллин	До 7 сут Старше 7 сут	Муковисцидоз	150-225 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8-12 ч. 225-300 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 4-6 ч. 300-400 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 4 ч
ТКЦ/КЛ ^a			Как у тикарциллина (дозы рассчитывают по тикарциллину)
ТМП/СМК ^a		Инфекции мочевыводящих путей, средний отит Пневмоцистная пневмония	8/40 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч. 20/100 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 6 ч
Тобрамицин	До 7 сут От 7 сут до 1 года Старше 1 года	Муковисцидоз	4 мг/кг/сут в/в или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 6 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч. 4-5 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч. 6-10 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Феноксиметилпенициллин			25-50 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 6-8 ч
Флуконазол ^a	Старше 3 лет		3-6 мг/кг внутрь или в/в 1 раз/сут

13

Препарат ^a	Возраст	Показания	Дозы ^b
Хлорамфеникол	До 7 сут От 7 сут до 1 года Старше 1 года	Менингит Другие инфекции	25 мг/кг внутрь или в/в 1 раз/сут. 50 мг/кг/сут внутрь или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 100 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч. 50-75 мг/кг/сут внутрь или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Хлорохин		Профилактика малярии Лечение малярии	5 мг/кг (действующего вещества) внутрь 1 раз/нед. 10 мг/кг (действующего вещества) внутрь, через 6 ч - 5 мг/кг внутрь, далее 5 мг/кг/сут × 2 сут. 1,25 мг/кг/ч (действующего вещества), в/в инфузия × 8 ч, далее 0,62 мг/кг/ч, в/в инфузия × 24 ч
Цефадроксил			30 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч
Цефазолин	До 7 сут Старше 7 сут		40 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 40 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Цефаклор		Средний отит Другие инфекции	40 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 3 раза/сут. 20 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 3 раза/сут. Максимальная доза 1 г/сут
Цефалексин			25-50 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием 4 раза/сут
Цефалотин	Старше 1 года		80-160 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 4 ч
Цефиксим			8 мг/кг внутрь 1 раз/сут
Цефокситин	До 7 сут Старше 7 сут		40 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 80-160 мг/кг/сут в/м или в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч. Максимальная доза 12 г/сут
Цефоперазон ^a	До 6 нед Старше 6 нед		100 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 150 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Цефотаксим	До 7 сут Старше 7 сут	Менингит	200 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч. Максимальная доза 12 г/сут. 100 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 150 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Цефподоксим ^a		Средний отит	10 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч. Максимальная доза 400 мг/сут
Цефprozил ^a			15 мг/кг внутрь каждые 12 ч
Цефтазидим	До 4 нед Старше 4 нед		60 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. 150 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч. Максимальная доза 6 г/сут
Цефтибутен ^a			4,5 мг/кг внутрь каждые 12 ч

13

Препарат ^a	Возраст	Показания	Дозы ^b
Цефтизоксим	Старше 6 мес	Инфекции, угрожающие жизни	200 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 6 ч
Цефтриаксон		Менингит	75 мг/кг в/в, далее 100 мг/кг/сут. Дозу разделяют, вводят каждые 12 ч. Максимальная доза 4 г/сут.
		Другие инфекции	50 мг/кг 1 раз/сут
Цефуроским	Старше 3 мес	Менингит	200–240 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч.
		Другие инфекции	75 мг/кг/сут в/в. Дозу разделяют, вводят каждые 8 ч
Цефуроским-аксетил		Средний отит	250 мг внутрь 2 раза/сут.
Эритромицин	До 7 сут		20 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 12 ч.
	Старше 1 года		
Эритромицин-эстолат			30–50 мг/кг/сут внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 8–12 ч
Эритромицин/сульфизоксазол	Старше 2 мес	Средний отит	50 мг/кг/сут эритромицина внутрь. Дозу разделяют, прием каждые 6 ч
Этамбутол	Старше 13 лет		15 мг/кг 1 раз/сут

См. также [160].

^a Бензиловый спирт, применяемый в качестве консерванта, токсичен для новорожденных; растворы, содержащие бензиловый спирт, противопоказаны.

^b Дозы антибиотиков у новорожденных с низким весом (< 2000 г и < 1200 г) – см. [362].

^c Безопасность и эффективность не установлены.

^d АМГ/СБ расфасован во флаконы по 1,5 и 3,0 г; в 1,5 г – 1,0 г ампициллина и 0,5 г сульфаксама, в 3,0 г – 2,0 и 1,0 г. Дозы рассчитывают по ампициллину (см. табл. 6, с. 88).

^e В отдаленном периоде, возможно, оказывает канцерогенное действие. Препарат малоэффективен, дает много побочных эффектов.

^f У детей до 12 лет безопасность и эффективность не установлены.

^g У детей до 2 лет безопасность и эффективность не установлены.

^h У детей до 6 мес безопасность и эффективность не установлены.

ⁱ У детей до 4 лет безопасность и эффективность не установлены.

^j У детей до 2 мес безопасность и эффективность не установлены.

^k Не одобрено FDA

Таблица 14. Введение antimicrobных препаратов в стекловидное тело

Доступ, препарат	Дозы (мкг)	Максимальная концентрация в стекловидном теле (мкг/мл)	Интервалы между введениями (сут)
В ПЕРЕДНЮЮ КАМЕРУ			
Амикацин	400	40	3
Ванкомицин	1000–2000	200–400	6
Гентамицин	100–200	20–40	3
Тобрамицин	200–400	40–80	3
В ЗАДНЮЮ КАМЕРУ (РЕТИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП)			
Бензилпенициллин	600 МЕ	120	1–2
Карбенициллин	2000	400	1,5
Клиндамицин	1000	–	1
Цефазолин	2000	400	2–3
Цефтазидим	2000	–	3
Цефтриаксон	3000	–	3

См. также [170].

При бактериальном эндофтальмите лечение неотложное, препараты вводят в стекловидное тело; все другие пути введения не обеспечивают необходимую концентрацию антибиотиков в стекловидном теле

Таблица 15. Antimicrobные средства, оказывающие фотосенсибилизирующее действие

Азитромицин, бензнидазол, гризеофульвин, пепфлоксацин, пиразинамид, сульфаниламиды, тетрациклины, ципрофлоксацин, ломефлоксацин, налидиксовая кислота,

Таблица 16. Антимикробные препараты у беременных и после родов

Препараты	Категория ^a	Проникновение через плаценту (%)	Кормление грудью	Побочные эффекты у плода и матери
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ				
Бета-лактамы				
Азтреонам	Б	+	Продолжить	Отсутствуют
ИМП	Б	33	Продолжить	Отсутствуют
Пенициллины	Б	10–100	Продолжить	Отсутствуют
Пенициллины + ингибиторы β-лактамаз	Б	10–100	Продолжить	Отсутствуют
Цефалоспорины	Б	10–40	Продолжить	Отсутствуют
Латамоксеф	В	+	Продолжить	Токсичен у животных (?)
Аминогликозиды				
Амикацин	Г	16	Продолжить	Ототоксичность
Гентамицин	В	32–42	Продолжить	Ототоксичность
Канамицин	Г	16–50	Продолжить	Ототоксичность
Нетилмицин	Г	+	Продолжить	Ототоксичность
Тобрамицин	Г	15	Продолжить	Ототоксичность + нефротоксичность (?)
Макролиды				
Азитромицин	Б	?	?	Отсутствуют
Кларитромицин	В	?	?	Тератогенен в опытах на обезьянах
Клиндамицин	–	6–46	Продолжить	Отсутствуют
Эритромицин	Б	5–20	Продолжить	Отсутствуют
Эритромицин-эстолат	–	+	Продолжить	Повышение АсАТ у 10% женщин
Разных групп				
Ванкомицин	Б	+	Продолжить	Отсутствуют
Метронидазол	Б	+	Прекратить	Отсутствуют. Противопоказан в первом триместре
Нитрофурантоин	–	40–90	Прекратить	Гемолиз при дефиците Г-6-ФД
Сульфаниламиды	В	70–90	Прекратить	Ядерная желтуха и гемолиз при дефиците Г-6-ФД
Тетрациклины	Г	50–100	Прекратить	Изменение цвета зубов
Триметоприм	В	30–100	Продолжить	Отсутствуют
Фторхинолоны	В	80–90	Прекратить	Возможна артропатия
Хлорамфеникол	–	30–80	Прекратить	В родах синдром серого ребенка
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ				
Амфотерицин В	Б	+	Продолжить	Отсутствуют
Гризеофульвин	Г (?)	+	Продолжить (?)	Противопоказан в первом триместре – сиамские близнецы (редко)
Итраконазол	В	?	Прекратить	Испытания не проводились
Кетоконазол	В	+	Прекратить × 48 ч	Испытания не проводились

Препараты	Категория ^a	Проникновение через плаценту (%)	Кормление грудью	Побочные эффекты у плода и матери
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ (продолжение)				
Флуконазол	В	?	?	Испытания не проводились
Фторцитозин	В	+	?	Отсутствуют
АНТИПАРАЗИТАРНЫЕ				
Ивермектин	Б (?)	?	Продолжить	Отсутствуют
Мебендазол	В	+	Продолжить	Отсутствуют
Мефлохин	В	?	Продолжить (?)	Отсутствуют
Пентамидин	В	+	Прекратить	Испытания не проводились
Пириметамин	В	+	Прекратить (?)	Противопоказан в 1-м триместре
Празиквантел	Б	?	Прекратить × 72 ч	Испытания не проводились
Примахин	–	+	Продолжить	Гемолиз при дефиците Г-6-ФД
Хинин	Х	30	Продолжить	Тератогенность
Хлорохин	–	+	Продолжить	При профилактике малярии отсутствуют
АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ				
Дапсон	В	+	Продолжить (?)	Гемолиз при дефиците Г-6-ФД
Изониазид	В	100	Продолжить	Отсутствуют
Пиразинамид	–	?	Продолжить	Отсутствуют
Рифампицин	В	33	Продолжить	Кровотечение у новорожденных
Стрептомицин	Г	10–40	Продолжить	Ототоксичность (у 16% глухота)
Этамбутол	–	30	Продолжить	Отсутствуют
ПРОТИВОВИРУСНЫЕ				
Амантадин	В	+	Прекратить (?)	Испытания не проводились
Ацикловир	В	70	Продолжить	Отсутствуют
Ганцикловир	В	?	Прекратить	Канцерогенность у животных ^б
Диданозин	Б	+	?	–
Зальцитабин	В	?	?	Применять только при надежной контрацепции
Зидовудин	В	100	Прекратить (?)	Отсутствуют
Римантадин	В	+	Прекратить	Испытания не проводились
Фоскарнет	В	?	?	–

^a Разработанные FDA категории риска:

А – проведены полноценные клинические испытания, препарат безопасен;

Б – в опытах на животных препарат безопасен, но клинические испытания не завершены; или в опытах на животных препарат токсичен, а в клинических испытаниях безопасен;

В – в опытах на животных препарат токсичен, клинические испытания не завершены, но польза может преобладать над риском;

Г – в клинических испытаниях препарат токсичен, но польза может преобладать над риском; Х – в клинических испытаниях препарат оказывает тератогенное действие, риск преобладает над пользой.

(–) – нет данных.

^б Контролируемые клинические испытания не проводились

Таблица 17. Антимикробные средства при менингите: проникновение через гематоэнцефалический барьер

- Проницаемость гематоэнцефалического барьера при менингите возрастает, а на фоне глюкокортикоидов снижается.
- Препараты, растворимые в жирах, лучше проникают в СМЖ.
- Бета-лактамы снижают судорожный порог.
- Эффективность терапии зависит от дозы препарата и чувствительности возбудителя. Максимальный бактерицидный эффект достигается при уровне антибиотика в СМЖ, превышающем МБК в 10 раз и более [171].
- Препараты, вводимые интратекально: амфотерицин В, ванкомицин, гентамицин, эритромицин

Препараты	Достижение терапевтического уровня в СМЖ	СМЖ/сыворотка ^a (%)
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ		
Пенициллины		
Амоксициллин	-	13-20
Ампициллин	+	35
Бензилпенициллин (в высокой дозе)	+	3-5
Мезлоциллин ^b	+	3-20
Псевдомонадная инфекция	-	
Нафциллин	+	9-20
Пиперациллин ^b	+	30
Псевдомонадная инфекция	-	
Тикарциллин ^b	+	40
Цефалоспорины (неактивны в отношении <i>Listeria spp.</i>)		
Цефалотин	-	13
Цефокситин	±	3-50
Цефотаксим	+	6-27
Цефтазидим ^b	+	20-40
Цефтриаксон	+	4-16
Цефураксим	+	6-88
Ингибиторы β-лактамаз		
Клавуланат	-	
Сульбактам	±	< 1
Азтреонам	±	
ИМП	+	8-40
Псевдомонадная инфекция	±	10-40
Аминогликозиды^b		
Макролиды	-	10-20
Азитромицин	-	
Кларитромицин	-	
Клиндамицин	-	
Эритромицин	-	< 1
Фторхинолоны		
Офлоксацин ^c	+	
Пефлоксацин ^d	+	30-50
Ципрофлоксацин ^e	+	50-60
	+	5-37

Препараты	Достижение терапевтического уровня в СМЖ	СМЖ/сыворотка ^a (%)
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ (продолжение)		
Тетрациклины	-	7
Доксициклин	±	18
Ванкомицин	-	7-30
Метронидазол	+	30-100
Сульфизоксазол ^f	+	80
ТМП/СМК ^g	+	30-35
Хлорамфеникол ^h	+	30-66
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ		
Амфотерицин В	-	0
Итраконазол	-	0
Кетоконазол	-	5
Флуконазол	+	70-80
Фторцитозин	+	60-80
АНТИПАЗИТАРНЫЕ		
Мефлохин	+	
Пентамидин ⁱ	±	
Пириметамин	+	
Празиквантел	+	
Хинин	-	
АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ		
Изониазид	+	20-80
Пиразинамид	+	85-100
Рифампицин	+	25
Циклосерин	+	80-100
Этамбутол	-	10-25
ПРОТИВОВИРУСНЫЕ		
Ацикловир	+	50
Ганцикловир ^k	+	
Диданозин ^l	+	
У детей	+	
Зальцитабин ^m	+	
Зидовудин ⁿ	+	
У детей	+	
Фоскарнет ^o	+	

(+) – достигает терапевтического уровня; (±) – не всегда достигает терапевтического уровня; (-) – не достигает терапевтического уровня; отсутствие обозначения – нет данных.

^a Соотношение уровней лекарственных веществ в СМЖ и сыворотке (%) при менингите.

^b Достигает лишь пограничного уровня в СМЖ при инфекции, вызываемой большинством энтеробактерий; не достигает терапевтического уровня при псевдомонадном менингите. При менингите, вызванном энтеробактериями, гентамицин (5-10 мг) обычно вводят интратекально.

^c Уровень в СМЖ недостаточен для подавления стрептококков. Опыт применения при менингите, вызванном грамотрицательными бактериями, ограничен.

^d Не достигает в СМЖ уровня, бактерицидного для энтеробактерий. К сульфаниламидам устойчивы большинство штаммов менингококков.

^e Оказывает бактерицидное действие на *H. influenzae*, но не на энтеробактерии.

^f Накапливается в СМЖ крайне медленно (> 30 сут).

^g Необходимый уровень в СМЖ не выяснен

Таблица 18А. Выведение антимикробных препаратов с желчью

Препарат	Желчь/сыворотка*
Азтреонам	0,6
Амикацин	0,3
Ампициллин	1–2
Амфотерицин В	2–7
Бензилпенициллин	0,5
Ванкомицин	0,5
Гентамицин	0,3–0,6
Доксициклин	10–20
ИМП	0,04
Канамицин	1
Клиндамицин	2,5–3,0
Мезлоциллин	10
Метронидазол	1
Нафциллин	40
Оксациллин	0,2–0,4
Пиперациллин	10–15
Рифампицин	100
Стрептомицин	0,4–3,0
Тетрациклины	5–10
Тобрамицин	0,1–0,2
ТМГ/СМК	1–2/0,4–0,7
Хлорамфеникол	0,2
Цефазолин	0,7
Цефалотин	0,4–0,8
Цефметазол	10
Цефокситин	2,8
Цефоперазон	8–12
Цефотаксим	0,1–0,5
Цефтазидим	0,3
Цефтизоксим	0,1–0,3
Цефтриаксон	10
Цефуроским	0,4
Ципрофлоксацин	2
Эритромицин:	8–25

* Соотношение уровней лекарственных веществ в желчи и сыворотке. При обструкции желчных путей препараты с желчью не выводятся

Таблица 18Б. Препараты, дозы которых уменьшают при нарушении функции печени

Диданозин, изониазид, итраконазол (?), кетоконазол, клиндамицин, метронидазол, нафциллин, пиразинамид, празиквантел,

рифампицин, хлорамфеникол, цефоперазон, эритромицин

Таблица 19А. Назначение цефалоспоринов при аллергии к пенициллинам

1) Ранние экспериментальные исследования и клинические наблюдения показали, что пенициллины и цефалоспорины могут вызывать перекрестные аллергические реакции. Поэтому при аллергии к пенициллинам и положительной кожной пробе рекомендуется избегать цефалоспоринов.
2) Польза от применения новейших цефалоспоринов, часть из которых проникает в СМЖ, может преобладать над риском перекрестных аллергических реакций.

3) Применение цефалоспоринов у 24 больных с аллергией к пенициллинам и положительной кожной пробой не привело к аллергическим реакциям [181]. В аналогичном исследовании [45] только у 1 из 62 больных в первые сутки возникли крапивница и бронхоспазм.

4) Риск аллергических реакций на цефалоспорины < 2%

Таблица 19Б. Десенсибилизация при аллергии к пенициллинам

Выполнять в ВИТ. Отменить β-адреноблокаторы. Наладить в/в инфузию, мониторинг ЭКГ, подготовить спирометр. После десенсибилизации дозу не снижать, иначе возрастает риск аллергических реакций. Прием внутрь – предпочтитель-

ный способ десенсибилизации при нормальной функции ЖКТ. Аллергические реакции (как правило, нетяжелые) возникают у 1/3

Приемы*	Аллергические реакции при нормальной функции ЖКТ. Аллергические реакции (обычно нетяжелые) возникают у 1/3													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Концентрация (мг/мл)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Количество (мл)	0,1	0,2	0,4	0,8	1,6	3,2	6,4	1,2	2,4	4,8	1,0	2,0	4,0	8,0

Парентеральное введение

Инъекции**	Аллергические реакции при нормальной функции ЖКТ. Аллергические реакции (обычно нетяжелые) возникают у 1/3																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Концентрация (мг/мл)	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0	1,0	1,0	1,0	10	10	100	100	100	1000	1000	1000	
Количество (мл)	0,1	0,2	0,4	0,8	0,16	0,32	0,64	0,12	0,24	0,48	0,1	0,2	0,4	0,8	0,16	0,32	0,64

См. также [4].

* Интервалы между приемами 15 мин. Через 30 мин после 14-го приема ввести 1 г в/в

** Интервалы между инъекциями 15 мин. Через 30 мин после 17-й инъекции ввести 1 г в/в

Таблица 20. Лечение перитонита при постоянном амбулаторном перитонеальном диализе

Сокращения

и/п – интраперитонеально

Препараты	Дозы* (мг/л диализата)	
	Начальная (и/п)	Поддерживающая (и/п)
Пенициллины		
АМП/СБ	1000–2000	100
Мезлоциллин	3000 в/в	500
Пиперациллин	4000 в/в	500
Тикарциллин	1000-2000	250
Цефалоспорины		
Цефазолин	500–1000	250–500
Цефокситин	1000	200
Цефоперазон	2000	500
Цефотаксим	2000	500
Цефтазидим	1000	100–250
Цефтриаксон	1000	500
Астреонам	1000	500
ИМП	500–1000	100–200
Аминогликозиды		
Амикацин	500	12–15
Гентамицин	70–140	8–16
Тобрамицин	70–140	8–16
Разных групп		
Ванкомицин	1000–2000	30–50
Клиндамицин	300	300
ТМГ/СМК	320/1600 внутрь	40–80/200–400
Ципрофлоксацин	750 внутрь	50
Эритромицин	Нет данных	150
Противогрибковые		
Амфотерицин В	10	2–8
Миконазол	200	100–200

См. также [364].

* Рассчитаны для взрослого весом 70 кг

Таблица 21. Дозы антибактериальных препаратов при почечной недостаточности у взрослых

Сокращения

ГД – гемодиализ

и/п – интраперитонеально

ПАВГ – постоянная артериовенозная гемодиализация

ПАПД – постоянный амбулаторный перитонеальный диализ

ТПП – терминальная почечная недостаточность

СКФ (мл/мин) = $\frac{140 - \text{возраст}}{72} \times \frac{\text{креатинин сыворотки (мг\%)}}{0,85}$ (× 0,85 у женщин)

Идеальный вес (кг)

Мужчины: $50 + 0,8 \times (\text{рост в см} - 152)$

Женщины: $45,5 + 0,9 \times (\text{рост в см} - 152)$

Препараты	Т _{1/2} в норм-ме/при ТПП (ч)	Доза при нормаль-ной функ-ции почек	Метод*	Коррекция доз при почечной недостаточности ^б		Примечания
				СКФ (мл/мин)	Диализ	
				> 50	10–50	< 10
ПЕНИЦИЛЛИНЫ						
Амоксициллин	1/5–20	0,25–0,5 г каждые 6 ч	И	Каждые 6 ч	Каждые 8–12 ч	Каждые 24 ч
Ампициллин	1/7–20	0,25–2 г каждые 6 ч	И	Каждые 6 ч	Каждые 6–12 ч	Каждые 12–24 ч
Бензилпенициллин	0,5/6–20	0,5–4 млн МЕ каждые 6 ч	Д	100%	75%	20–50%
Диклоксациллин	0,5/1–2	0,25–0,5 г каждые 6 ч	–	100%	100%	100%
Мезлоциллин	1,1/2,6–5,4	1,5–4 г каж-дые 4–6 ч	И	Каждые 4–6 ч	Каждые 6–8 ч	Каждые 8 ч
<p>После ГД: дополнительная доза. ПАПД: 250 мг каждые 12 ч. ПАВГ: препарат не применяют</p> <p>После ГД: дополнительная доза. ПАПД: 250 мг каждые 12 ч. ПАВГ: как при СКФ 10–50</p> <p>После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10–50</p> <p>ГД, ПАПД: коррекции не требуется. ПАВГ: препарат не применяют</p> <p>ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется</p> <p>В 1 млн МЕ – 1,7 млн К*. Бывают судороги. Максимальная доза при ТПП 6 млн МЕ/сут</p> <p>В 1 г 1,9 млн На*. При печеночной недостаточности дозу уменьшают</p>						

Препараты	T _{1/2} в нормаль- ме/при ТПН (ч)	Доза при нормаль- ной функ- ции почек	Метод ^a	Коррекция доз при почечной недостаточности ^b			Примечания
				> 50	10–50	< 10	
ПЕНИЦИЛЛИНЫ (продолжение)							
Нафциллин	0,5/1,2	1–2 г каж- дые 4–6 ч	-	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуются	
Пиперациллин	1/3,3–5,1	3–4 г каж- дые 4 ч	И	Каждые 4–6 ч	Каждые 6–8 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10–50	В 1 г – 1,9 эквив Na*
Тикарциллин	1,2/11–16	3 г каждые 4 ч	Д+И	1–2 г ка- ждые 4 ч	1–2 г ка- ждые 8 ч	После ГД: 3 г. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10–50	В 1 г – 5,2 эквив Na*
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ*							
Цефазолин	1,9/40–70	0,5–1,5 г каждые 6 ч	И	Каждые 8 ч	Каждые 24–48 ч	После ГД: 0,5–1 г. ПАПД: 0,5 г каждые 12 ч. ПАВГ: как при СКФ 10–50	
Цефалексин	1,3/16	250–500 мг каждые 6 ч	И	Каждые 8 ч	Каждые 12 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: препарат не применяют	
Цефепим	2,2/18	0,25–2 г каждые 8 ч	И	Каждые 12 ч	Каждые 24–48 ч	После ГД: 1 г. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: препарат не применяют	Бывает ложное повышение уров- ня креатинина
Цефокситин	0,8/13–23	1–2 г каж- дые 6–8 ч	И	Каждые 8 ч	Каждые 8–12 ч	После ГД: 1 г. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: препарат не применяют	Активный метаболит при ТПН. При печеночной недостаточности дозу уменьшают
Цефотаксим	1,7/15	1 г каждые 6 ч	И	Каждые 6 ч	Каждые 24 ч	После ГД: 1 г. ПАПД: 1 г раз/сут. ПАВГ: 1 г каждые 12 ч	
Цефтазидим	1,8/13–25	1–2 г каждые 8 ч	И	Каждые 8–12 ч	Каждые 24–48 ч	После ГД: 1 г. ПАПД: 0,5–1 г 1 раз/сут. ПАВГ: как при СКФ 10–50	

* Изредка вызывает аллергический интерстициальный нефрит. Хорошо всасы-
ваются при и/л введении. Могут вызывать кровотечения вследствие нарушения синтеза протромбина

Препараты	T _{1/2} в нор- ме/при ТПН (ч)	Доза при нормаль- ной функ- ции почек	Метод ^a	Коррекция доз при почечной недостаточности ^b			Примечания
				> 50	10–50	< 10	
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ (продолжение)							
Цефтизоксим	1,7/35	1–2 г каж- дые 8–12 ч	И	Каждые 8–12 ч	Каждые 12–24 ч	После ГД: 1 г. ПАПД: 0,5–1 г 1 раз/сут. ПАВГ: как при СКФ 10–50	
Цефтриаксон	8/12–24	0,2–1,0 г каждые 12 ч	Д	100%	100%	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: 0,75 г каждые 12 ч. ПАВГ: как при СКФ 10–50	При диализе показан мониторинг уровня препарата в сыворотке
Цефуроксим	1,5/17	0,75–1,5 каждые 8 ч	И	Каждые 8 ч	Каждые 24 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: 1 г каждые 12 ч	
АМИНОГЛИКОЗИДЫ*							
Амикацин	8/17–150	5 мг/кг каждые 8 ч	Д+И	60–80% каждые 12 ч	30–80% каждые 24–48 ч	После ГД: 2/3 обычной дозы. ПАПД: 15–20 мг/лсут и/л	ПАВГ: дозы всех аминогликозидов как при СКФ 10–50
Гентамицин	2/20–60	1–1,5 мг/кг каждые 8 ч	Д+И	60–90% каждые 8–12 ч	30–70% каждые 24–48 ч	После ГД: 2/3 обычной дозы. ПАПД: 3–4 мг/лсут и/л	Пенициллины могут снизить уро- вень гентамицина в сыворотке ни- же терапевтического
Канамидин	3/40–96	5 мг/кг каждые 8 ч	Д+И	60–90% каждые 8–12 ч	30–70% каждые 24–48 ч	После ГД: 2/3 обычной дозы. ПАПД: 15–20 мг/лсут и/л	
Нетилимицин	2/35–72	5 мг/кг каждые 8 ч	Д+И	50–90% каждые 8–12 ч	10–20% каждые 24–48 ч	После ГД: 2/3 обычной дозы. ПАПД: 3–4 мг/лсут и/л	
Стрептомицин	2,5/100	1 г 1 раз/сут	И	Каждые 24 ч	Каждые 72–96 ч	После ГД: 1/2 обычной дозы. ПАПД: 20–40 мг/лсут и/л	
Тобрамицин	2/27–60	1–1,5 мг/кг каждые 8 ч	Д+И	60–90% каждые 8–12 ч	30–70% каждые 24–48 ч	После ГД: 2/3 обычной дозы. ПАПД: 3–4 мг/лсут и/л	Пенициллины могут снизить уро- вень тобрамицина в сыворотке ни- же терапевтического

* Нефроотоксичны и ототоксичны. При гипербилирубинемии токсичность воз-
растает. Для оценки эффективности и токсичности определять уровень в сы-
воротке. При перитоните всасывание через брюшину увеличивается. Объем
распределения возрастает при ожирении, отеках и асците. См. также с. 179

Препараты	Т _{1/2} в норм-мелпри ТПН (ч)	Доза при нормаль-ной функ-ции почек	Метод*	Коррекция доз при почечной недостаточности ^b			Примечания
				СКФ (мл/мин)	Диализ		
ТЕТРАЦИКЛИНЫ*							
Доксицилин	18/18-25	100 мг каж-дые 24 ч	-	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется	
Миноцилин	16/12-18	100 мг каждые 12 ч	-	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется	
Тетрацилин	6-10/ 57-108	250-500 мг 4 раза/сут	И	Каждые 8-12 ч	Каждые 12-24 ч	Каждые 24 ч	Противопоказан при ТПН
ФТОРИНОЛОНЫ							
Офлоксацин	7/28-37	400 мг 1 раз/сут	Д	100%	50%	25-50%	ГД: 100 мг 2 раза/сут. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: 300 мг 1 раз/сут
Ципрофлоксацин	4/8-9	500-750 мг каждые 12 ч	Д	100%	50-75%	50%	ГД: 250 мг каждые 12 ч. ПАПД: 250 мг каждые 8 ч. ПАВГ: 200 мг в/в каждые 12 ч
РАЗНЫХ ГРУПП							
Азитромицин	12-66/7	0,25-0,5 г каждые 24 ч	-	100%	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
Азтреонам	2/6-8	1-2 г каж-дые 8-12 ч	Д	100%	50-75%	25%	После ГД: 0,5 г. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: дозы как при СКФ 10-50
Ванкомицин	6/200-250	0,5 г каж-дые 6 ч, или 1 г каж-дые 12 ч	Д+И	0,5 г каждые 6-12 ч	0,5 г каждые 24-48 ч	0,5 г каждые 48-96 ч	ГД: как при СКФ < 10. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10-50
ИМП	1/4	0,25-1 г каждые 6 ч	Д	100%	50%	25%	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10-50

* Препараты выбора при почечной недостаточности

Препараты	Т _{1/2} в нор-мелпри ТПН (ч)	Доза при нормаль-ной функ-ции почек	Метод*	Коррекция доз при почечной недостаточности ^b			Примечания
				СКФ (мл/мин)	Диализ		
РАЗНЫХ ГРУПП (продолжение)							
Кларитромицин	5-7/7	0,5-1 г каждые 12 ч	Д	100%	75%	50-75%	После ГД: дополнительная доза. ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
Клиндамицин	2,4/3-5	150-300 мг каждые 6 ч	-	100%	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
Метронидазол	6-14/7-21	7,5 мг/кг каждые 6 ч	Д	100%	100%	50%	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10-50
Нитрофурантоин	0,5/1	50-100 мг каждые 8 ч	Д	100%	Проти-волока-зан	Проти-волока-зан	Противопоказан
Сульфизоксазол	3-7/6-12	1-2 г каж-дые 6 ч	И	Каждые 6 ч	Каждые 8-12 ч	Каждые 12-24 ч	После ГД: 1 г. ПАПД: 3 г/сут. ПАВГ: препарат не применяют
Тейкопланин	45/62-230	6 мг/кг/сут	И	Каждые 24 ч	Каждые 48 ч	Каждые 72 ч	ГД: как при СКФ < 10. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10-50
Триметоприм	11/20-49	100-200 мг каждые 12 ч	И	Каждые 12 ч	Каждые 18 ч	Каждые 24 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: каждые 24 ч. ПАВГ: каждые 18 ч
Хлорамфеникол	1,5-3,5/ 3-7	1,25 г/кг каждые 6 ч	-	100%	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
Эритромицин	1,4/5-6	0,25-0,5 г каждые 6-12 ч	Д	100%	100%	50-75%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ							
Амфотерицин В	24/24	20-40 мг каждые 24 ч	И	Каждые 24 ч	Каждые 24 ч	Каждые 24-36 ч	ГД: коррекции не требуется. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10-50

Препараты	T _{1/2} в норм- ме/при ТПН (ч)	Доза при нормаль- ной функ- ции почек	Метод ^a	Коррекция доз при почечной недостаточности ^b			Примечания
				> 50	10–50	< 10	
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ (продолжение)							
Итраконазол	21/25	100–200 мг каждые 12 ч	Д	100%	100%	50– 100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: 100 мг каждые 12–24 ч
Флуконазол	22/?	200–400 мг каждые 24 ч	И	Каждые 24 ч	Каждые 24–48 ч	Каждые 48–72 ч	После ГД: 200 мг. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10–50
Фторцитозин	3–6/ 75–200	37,5 мг/кг каждые 6 ч	И	Каждые 12 ч	Каждые 16 ч	Каждые 24 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: 0,5–1 г каждые 24 ч. ПАВГ: как при СКФ 10–50
АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ							
Изониазид	0,7–4/8–17	5 мг/кг каж- дые 24 ч	Д	100%	100%	50%	После ГД: дополнительная доза. ПАПД, ПАВГ: как при СКФ < 10
Пиразинамид	9/26	10 мг/кг ка- ждые 8 ч	И	Каждые 8 ч	Каждые 48–72 ч	Каждые 72 ч	ГД: 12 мг/кг. ПАПД: нет данных. ПАВГ: препарат противопоказан
Рифампицин	1,5–5/ 1,8–11	600 мг каж- дые 24 ч	Д	100%	50–100%	50%	ГД: коррекции не требуется. ПАПД, ПАВГ: как при СКФ < 10
Этамбутол	4/7–15	15 мг/кг ка- ждые 24 ч	И	Каждые 24 ч	Каждые 24–36 ч	Каждые 48 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10–50
Этионамид	2,1	250–500 мг каждые 12 ч	Д	100%	100%	50%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
АНТИПРОТОЗОЙНЫЕ							
Пентамидин	29/118	4 мг/кг/сут	И	Каждые 24 ч	Каждые 24–36 ч	Каждые 48 ч	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
Пириметамин	80/80	50–75 мг/сут	-	100%	100%	100%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется
Хлорохин	2–4/ 5–50 сут	1,5 г × 3 сут	Д	100%	100%	50%	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется

Препараты	T _{1/2} в нор- ме/при ТПН (ч)	Доза при нормаль- ной функ- ции почек	Метод ^a	Коррекция доз при почечной недостаточности ^b			Примечания		
				> 50	10–50	< 10			
ПРОТИВИРУСНЫЕ									
Амантадин	15/500	100 мг каж- дые 12 ч	И	Каждые 12–24 ч	Каждые 48–72 ч	Каждые 7 сут	ГД, ПАПД, ПАВГ: коррекции не требуется		
Ацикловир	2,5/20	5 мг/кг каж- дые 8 ч	Д+И	5 мг/кг каждые 8 ч	5 мг/кг каждые 12–24 ч	2,5 мг/кг каждые 24 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: 3,5 мг/кг/сут		
Ганцикловир	2,9/30	5 мг/кг каж- дые 12 ч	И	Каждые 12 ч	Каждые 24–48 ч	Каждые 48–96 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: 2,5 мг/кг/сут		
Диданозин	1,6/7	100–300 мг каждые 12 ч	И	Каждые 12 ч	Каждые 24 ч	Каждые 48 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД, ПАВГ: как при СКФ < 10		
Зидовудин	0,5–1,7/ 1,4–3	200 мг каж- дые 8 ч	Д	200 мг каждые 8 ч	200 мг каждые 8 ч	100 мг каждые 8 ч	После ГД: 100 мг. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: 100 мг каждые 8 ч		
Фоскарнет	3/возрас- тает	60 мг/кг ка- ждые 8 ч (насыщаю- щая доза)	Д	28 мг/кг каждые 8 ч	15 мг/кг каждые 8 ч	6 мг/кг каждые 8 ч	После ГД: дополнительная доза. ПАПД: как при СКФ < 10. ПАВГ: как при СКФ 10–50		
Введение аминокликозидов один раз в сутки: коррекция доз при почечной недостаточности									
СКФ (мл/мин)		80		60–80	40–60	30–40	20–30	10–20	< 10
Разовые дозы (мг/кг)				4	3,5	2,5	4	3	2
Гентамицин, тобрамицин		5,1		12	7,5	4	7,5	4	3
Амикацин, канамицин, стрептомицин		15		Каждые 24 ч				Каждые 48 ч	3
Интервалы между введениями									Каждые 48 ч

^a Д – уменьшение дозы, И – увеличение интервалов между приемами или ^b за 100% принята доза в отсутствие почечной недостаточности. См. также [162]

Таблица 22. Лекарственные взаимодействия

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Азлоциллин	См. Пен-АП		
Амантадин	Антихолинергические и антипаркинсонические средства	↑ действия Б: сухость во рту, атаксия, нечеткость зрения, бессвязная речь, психоз	+
	Тиазидные диуретики	↑ токсичности А	±
	Триамтерен	↑ токсичности А	?
	Этанол	↑ действия на ЦНС	+
Амикацин	См. Аминогликозиды для парентерального введения		
Аминогликозиды для парентерального введения Амикацин. Гентамицин. Канамицин. Нетилимицин. Сизомицин. Стрептомицин. Тобрамицин	Амфотерицин В	↑ нефротоксичности	+
	Ванкомицин	↑ нефротоксичности	+
	Метоксифлуран, энфлуран	↑ нефротоксичности	±
	Нестероидные противовоспалительные средства	↑ нефротоксичности	+
	Пенициллины (при почечной недостаточности)	↓ действия А	+
	Петлевые диуретики	↑ ототоксичности	++
	Рентгеноконтрастные вещества	↑ нефротоксичности	+
	Цефалотин	↑ нефротоксичности	±
	Циклоспорин	↑ нефротоксичности	+
	Цисплатин	↑ нефро- и ототоксичности	±
	Эфир и блокаторы нервно-мышечного проведения	Угнетение дыхания	+
	Аминогликозиды для приема внутрь Канамицин. Неомицин	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ
Аминопенициллины Амоксициллин. Ампициллин. Бакампициллин	Аллопуринол	Сыпь	+
	Аминогликозиды (при почечной недостаточности)	↓ действия Б	+
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	±
	Пероральные контрацептивы	↓ действия Б	?
Ампициллин	Бета-адреноблокаторы для приема внутрь	↓ всасывания Б	+
Аминоинолины Примахин. Хлорохин	Дигоксин	↑ уровня Б	±
	Мелақрин	↑ токсичности А	+
	Препараты алюминия и магния	↓ всасывания А	?
	Циметидин	↑ уровня А	±
Амфотерицин В	Аминогликозиды	↑ нефротоксичности	+
	Блокаторы нервно-мышечного проведения	↑ действия Б (вследствие гипокалиемии)	±
	Глюкокортикоиды	Гипокалиемия	+
	Дигоксин	↑ токсичности Б (вследствие гипокалиемии)	+
	Циклоспорин	↑ нефротоксичности	+

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Атоваквон	Может снижать эффективность препаратов, связывающихся белками; на действие теофиллина не влияет		
Ацикловир	Зидовудин	Выраженная сонливость	?
	Нефротоксичные препараты	↑ нефротоксичности	+
	Пробенецид, сульфипиразон	↑ токсичности А	?
Бакампициллин	См. Аминопенициллины		
Бензилпенициллин	Бета-адреноблокаторы	↑ риска анафилаксии	±
	Холестирамин, колестилол	↓ всасывания А	+
Ганцикловир	Зидовудин	↑ угнетения кроветворения	++
	ИМП	Судороги	+
	Пентамидин, амфотерицин В, ТМП/СМК	↑ токсичности А	?
	Пробенецид	↑ уровня А	+
Гентамицин	См. Аминогликозиды для парентерального введения		
Дапсон	Диданозин	↓ всасывания А	+
	Рифампицин	↓ уровня А	+
	Триметоприм	↑ уровней А и Б (метгемоглобинемия)	±
Диданозин	Дапсон, кетоконазол, тетрациклины, фторхинолоны ^а	↓ всасывания Б	+
	Ранитидин ^а	↑ всасывания А, ↓ всасывания Б	+
	Этанол, вальпроевая кислота	↑ риска панкреатита	±
Диклосациллин, клоксациллин	Варфарин	↓ ПВ	+
	Сульфаниламиды, сульфипиразон	↓ действия А	±
Доксициклин	Барбитураты	↓ T _{1/2} А	+
	Бикарбонат	↓ всасывания и ↑ выведения А	±
	Дигоксин	↑ уровня Б	+
	Карбамазепин	↓ T _{1/2} А	+
	Метоксифлуран	↑ нефротоксичности	±
	Препараты алюминия, висмута, железа, магния	↓ всасывания А	+
	Фенитоин	↓ T _{1/2} А	+
Зальцитабин	Вальпроевая кислота, пентамидин (в/в), этанол	↑ риска панкреатита	+
	Изониазид	↑ риска нейропатии	+
	Фоскарнет	↑ токсичности А	+
Зидовудин	Амфотерицин В, фторцитозин	↑ угнетения кроветворения	+
	Ацетаминофен, индометацин	↓ уровня А	±
	Ганцикловир	↑ угнетения кроветворения	+
	Кларитромицин	↓ уровня А	±
	Пириметамин	↓ действия Б	±
	Пробенецид	↑ уровня А; сыпь	+
	Рибавирин	↓ активации А	+
	Фенитоин	↓ или ↑ уровня Б*	+

* Следить за уровнем фенитоина

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Изоиазид	Альфентанил	↑ длительности действия Б	+
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ действия Б	±
	Бензодиазепины	↑ действия Б	?
	Дисульфирам	Изменение эмоциональных реакций, поведения	?
	Карбамазепин	↑ уровня Б; нистагм, тошнота, рвота, атаксия	++
	Кетоконазол	↓ всасывания А, ↑ метаболизма Б	?
	Фенитоин	↑ уровня Б; нистагм, атаксия	++
	Пища, богатая белком	Приливы, покраснение кожи (свойства ингибитора моноаминоксидазы)	±
ИМП	Ганцикловир	Судороги	+
	Циклоспорин	↑ уровня Б; действие на ЦНС (спутанность сознания, тремор)	±
Итраконазол	Астемизол, лоратадин, терфенадин ^б	Аритмогенное действие (↑ интервала QT)	++
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	+
	Дигоксин	↑ уровня Б	+
	Диданозин	↓ уровня А	+
	Изоиазид	↓ уровня А	±
	Пероральные гипогликемизирующие препараты	Выраженная гипогликемия	++
	Рифампицин ^в	↓ уровня А	±
	Циклоспорин	Нефротоксичность	+
	Циметидин	↓ уровня А	+
Фенитоин	↓ уровня А, ↑ уровня Б (?)	±	
Канамицин	См. Аминогликозиды		
Карбенициллин	См. Пен-АП		
Кетоконазол	Антациды, циметидин	↓ всасывания А	?
	Астемизол, лоратадин, терфенадин ^б	Аритмогенное действие	++
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ действия Б	±
	Бензодиазепины	↑ действия Б	?
	Рифампицин	↑ метаболизма А, ↓ всасывания Б	++
	Теofilлин	↓ уровня Б	±
	Циклоспорин	Нефротоксичность	+
	Кларитромицин	Зидовудин	↓ уровня Б
Карбамазепин		↑ уровня Б; нистагм, тошнота, рвота, атаксия	++
Теofilлин		↑ уровня Б; судороги, тошнота, рвота, апноэ	++
Терфенадин		Аритмогенное действие	+

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Клиндамицин, линкомицин	Блокаторы нервно-мышечного проведения	Угнетение дыхания	±
	Каолин	↓ всасывания А	+
	Теofilлин	↑ уровня Б; апноэ, судороги	±
Клоксациллин	См. Диклоксациллин		
Латамоксеф	См. Цефалоспорины		
Линкомицин	См. Клиндамицин		
Ломефлоксацин	См. Фторхинолоны		
Мезлоциллин	См. Пен-АП		
Метенамин	Ацетазоламид, бикарбонат, тиазидные диуретики	↓ действия А (вследствие ↑ pH мочи)	++
Метронидазол	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ действия Б	++
	Дисульфирам	Острый психоз	+
	Фенитоин	↓ выведения Б	+
	Фенобарбитал	↑ метаболизма и ↓ действия А	+
	Этанол	Дисульфирамоподобные реакции	+
Мефлохин	Антагонисты кальция, β-адреноблокаторы, хинидин, хинин	Аритмогенное действие	+
	Вальпроевая кислота	↓ уровня Б; судороги	++
Нафциллин	Аминогликозиды (при почечной недостаточности)	↓ действия Б	+
Неомицин	См. Аминогликозиды для приема внутрь		
Нетилмицин	См. Аминогликозиды для парентерального введения		
Нитрофурантоин	Антациды	↓ всасывания А	+
	Препараты магния	↓ всасывания А	±
Норфлоксацин	Теofilлин	↑ уровня Б	++
	Циклоспорин	Обратимая почечная недостаточность	±
	См. также Фторхинолоны		
Офлоксацин	Варфарин	↑ ПВ	±
	См. также Фторхинолоны		
Пен-АП Азлоциллин. Карбенициллин. Мезлоциллин. Пиперациллин. Тикарциллин	Аминогликозиды (при почечной недостаточности)	↓ действия Б	+
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	±
	Пероральные контрацептивы	↓ действия Б	?
	Теofilлин	↑ уровня Б (на 20 %)	++
См. также Фторхинолоны			
Пиперазин	Хлорпромазин	Судороги	++
Пиперациллин	Векуроний	↑ блокады нервно-мышечного проведения	±
	Цефокситин	Антагонизм в отношении псевдомонад	++
	См. также Пен-АП		
Примахин	См. Аминохинолины		

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Римантадин	Ацетаминофен, аспирин	↓ уровня А	±
	Циметидин	↑ уровня А	±
Рифампицин	Антикоагулянты для приема внутрь	↓ действия Б	++
	Бета-адреноблокаторы	↓ действия Б	+
	Глюкокортикоиды	↓ действия и необходимость ↑ дозы Б	+
	Дигоксин	↓ уровня Б	+
	Зидовудин	↓ уровня Б	±
	Итраконазол ^а	↓ уровня Б	+
	Кетоконазол	↓ всасывания А, ↑ метаболизма Б	?
	Клофибрат	↓ действия Б	±
	Мексилетин	↑ выведения Б	?
	Метадон	↓ уровня Б; синдром отмены	+
	Пероральные контрацептивы	↓ эффективности Б; ↑ риска беременности	+
	Производные сульфонилмочевины	↓ гипогликемизирующего действия Б	±
	Пропафенон	↓ уровня Б	±
	Теofilлин	↓ уровня Б	+
	Токаинид	↓ действия Б	+
	Фенитоин	↓ уровня Б	+
	Хинидин	↓ действия Б	+
	Циклоспорин	↓ действия Б	++
	Эналаприл	↓ действия Б	±
	Сизомицин, стрептомицин	См. Аминогликозиды для парентерального введения	
Сульфаниламиды	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ, кровотечение	+
	Ингибиторы моноаминоксидазы	↑ токсичности А	?
	Метотрексат	↑ токсичности Б	+
	Производные сульфонилмочевины	↑ гипогликемизирующего действия Б	+
	Тиопентал	↑ уровня Б	±
	Фенитоин	↑ уровня Б; нистагм, атаксия	+
	Циклоспорин	↓ уровня Б	+
Тетрациклины	Дигоксин	↑ токсичности Б (у 10% сохраняется несколько мес)	+
	Инсулин	↑ действия Б	±
	Метоксифлуран	↑ токсичности; полиурия, почечная недостаточность	+
	Сукральфат	↓ всасывания А (принимать с интервалом ≥ 2 ч)	
	См. также Доксикалин		
Тиабендазол	Теofilлин	↑ уровня Б; тошнота	+
Тикарциллин	См. Пен-АП		
Тобрамицин	См. Аминогликозиды для парентерального введения		

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Триметоприм	Азатиоприн	↑ угнетения кроветворения	+
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	+
	Фенитоин	↑ уровня Б; нистагм	+
ТМП/СМК	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ действия Б	++
	Производные сульфонилмочевины	↑ действия Б	±
	Циклоспорин	↓ уровня Б; ↑ нефротоксичности	+
	Флуконазол		
Флуконазол	Астемизол, лоратадин, терфенадин ^б	↑ уровня Б (аритмогенное действие)	++
	Варфарин	↑ действия Б	+
	Гидрохлортиазид	↑ уровня А	+
	Пероральные гипогликемизирующие препараты	↑ уровня Б	+
	Рифампицин	↓ уровня А	±
	Фенитоин	↑ уровня Б	+
	Циклоспорин	↑ уровня Б	±
	Фоскарнет		
Фоскарнет	Нефротоксичные препараты (аминогликозиды, амфотерицин В, ацикловир)	↑ нефротоксичности	+
	Пентамидин (а/в)	↓ уровней Са и Mg; нефротоксичность	+
Фторхинолоны	Варфарин	↑ ПВ	±
	Поливалентные катионы – Al, Са, Fe, Mg, Zn; сукральфат	↓ всасывания А (от 50 до 90 %)	+
	Пробенецид	↓ выведения А	±
	Циклоспорин	↑ уровня Б	±
	Циметидин	↑ уровня А (↓ выведения через почки, ↑ T _{1/2})	+
Хинин	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	+
	Блокаторы нервно-мышечного проведения	Угнетение дыхания	±
	Дигоксин	↑ уровня Б, ↑ токсичности	+
	Мефлохин	Аритмогенное действие	+
Хлорамфеникол	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	+
	Барбитураты	↑ действия Б, ↓ действия А	±
	Препараты железа, витамин В ₁₂	↓ действия Б	++
	Производные сульфонилмочевины	↑ действия Б; гипогликемия	+
	Фенитоин	↑ токсичности Б; нистагм, атаксия	++
Циклофосфамид	↓ действия Б	?	
Хлорохин	См. Аминохинолины		

Антимикробный препарат (А)	Другой препарат (Б)	Эффект	Значение
Цефалоспорины с МТТ фрагментом Латамоксеф. Цефамандол. Цефметазол. Цефоперазон. Цефотетан	Антикоагулянты, тромболитики, антиагреганты	↑ действия Б; кровотечение	+
	Этанол	Дисульфирамоподобные реакции	+
Ципрофлоксацин	Антациды ^а	↓ уровня А (на 90 %)	++
	Варфарин	↑ ПВ	±
	Кофеин	↑ уровня Б	+
	Метронидазол	Судороги	?
	Наркотические анальгетики	↓ действия Б	±
	Сукральфат	↓ уровня А (на 90 %)	++
	Теofilлин	↑ уровня Б	++
	См. также Фторхинолоны		
Эноксацин	Теofilлин	↑ уровня Б (на 43–75%)	++
	Фенбуфен	Судороги	++
	См. также Фторхинолоны		
Эритромицин	Алкалоиды спорыньи	Периферическая ишемия	±
	Альфентанил	↑ действия Б	±
	Антикоагулянты для приема внутрь	↑ ПВ	?
	Вальпроевая кислота	↑ уровня Б	±
	Глюкокортикоиды	↑ действия Б	+
	Дигоксин	↑ уровня Б (у 10 %)	+
	Карбамазепин ^б	↑ уровня Б; нистагм, тошнота, рвота, атаксия	++
	Ловастатин	Рабдомиолиз	±
	Теofilлин	↑ уровня Б; тошнота, рвота, судороги, апноэ	++
	Терфенадин	Аритмогенное действие	+
	Фелодипин	↑ уровня Б	±
Циклоспорин	↑ уровня Б	+	
Этамбутол	Препараты алюминия	↓ всасывания А	±

^а Интервал между приемом А и Б ≥ 2 ч.

^б Сочетание противопоказано.

^в После отмены рифампицина может потребоваться до 4 нед для достижения необходимого уровня итраконазола

Таблица 23. Иммунизация взрослого населения США

Возраст (годы)	Вакцина или анатоксин						Против гепатита В
	Дифтерийно-столбнячный ^а	Противокоревая	Против эпидемического паротита	Против краснухи	Противогриппозная	Пневмококковая	
18–24	+	+	+	+			При высоком риске независимо от возраста ^в
25–64	+	+ ^б	+	+			
≥ 65	+				+	+	

См. также [273].

^а Адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, применяемый у взрослых. Одна доза (0,5 мл) анатоксина, применяемого у взрослых, содержит 2 Lf дифтерийного и 5 Lf столбнячного анатоксина, в то время как применяемого у детей – 12,5 Lf и 5 Lf, соответственно.

^б Применяют у лиц 1957 г. р. и моложе. Не иммунизированы 9% медиков, родившихся до 1957 г; необходимы серологические тесты и иммунизация, в первую очередь во время вспышек дифтерии.

^в В группу риска входят мужчины-гомосексуалисты; инъекционные наркоманы; люди, имеющие большое число половых партнеров; больные венерическими заболеваниями; половые партнеры и члены семьи носителей вируса гепатита В; медицинские работники, контактирующие с кровью; больные и обслуживающий персонал лечебных учреждений для умственно отсталых; больные на гемодиализе; нуждающиеся в частых переливаниях препаратов крови; работники похоронной службы

Схемы вакцинации

Дифтерийно-столбнячный анатоксин: вводят в/м; 2-ю дозу вводят не ранее, чем через 4 нед после 1-й, 3-ю – через 6–12 мес после 2-й; ревакцинация каждые 10 лет.

Вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (аттенуированные живые вирусы): противопоказана при беременности; если нет других противопоказаний, вводят 1 дозу (0,5 мл) п/к в наружную поверхность плеча. Ревакцинация не показана.

Противокоревая вакцина (аттенуированные живые вирусы): если нет противопоказаний, вводят 1 дозу (0,5 мл) п/к в наружную поверхность плеча. Ревакцинация не показана.

Противогриппозная вакцина (инактивированные вирусы): вводят 1 дозу (0,5 мл) в/м. Показана ежегодная ревакцинация.

Пневмококковая вакцина (очищенные антигены 23 типов): вводят 1 дозу (0,5 мл) п/к. Ревакцинация показана, если вакцинация проводилась > 6 лет назад и высок риск пневмококковой пневмонии: при нефротическом синдроме, почечной недостаточности, после трансплантации, после спленэктомии, при подозрении на ВИЧ-инфекцию.

Вакцина против гепатита В: всего 3 дозы, после 1-й инъекции высокий (при гемофилии), вводят в/м (в ягодичную мышцу не вводить); если риск кровотечения высокий (при гемофилии), показано п/к введение. Вакцинация эффективна, если титр антител > 0,01 МЕ/мл

Таблица 24. Профилактика столбняка при ранениях

Вероятность заражения столбняком [129]

Характеристики раны	Заражение возможно	Заражение маловероятно
Время после ранения	> 6 ч	< 6 ч
Края раны	Неровные, рваные	Ровные
Глубина	> 1 см	< 1 см
Тип ранения	Пулевое, ожог, размозжение, отморожение	Разрез (стеклом, ножом)
Некротическая ткань	Есть	Нет
Загрязнение (земля, слюна и др.)	Есть	Нет

Схема иммунизации [270]

Вакцинация против столбняка в прошлом	Заражение возможно		Заражение маловероятно	
	Вакцина ^a	Ig ^b	Вакцина ^a	Ig ^b
Неизвестно или < 3 доз	Показана	Показан	Показана	Не показан
≥ 3 доз	Не показана ^a	Не показан	Не показана ^a	Не показан

^a Адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин. У детей до 7 лет применяют вакцину против коклюша, дифтерии и столбняка (или только против дифтерии и столбняка, если вакцина против коклюша противопоказана). Детям старше 7 лет и взрослым лучше проводить иммунизацию против дифтерии и столбняка, чем только против столбняка.

^b Противостолбнячный иммуноглобулин человека.

^a Показана, если после предыдущей иммунизации прошло > 5 лет.

^a Показана, если после предыдущей иммунизации прошло > 10 лет

Таблица 25. Профилактика бешенства после укусов

Общие сведения

Виды животных	Состояние животного	Рекомендации по иммунизации
Собаки, кошки	В течение 10 сут животное здорово и находится под наблюдением	Не проводят, если у животного нет симптомов бешенства, в противном случае немедленно ввести антирабический иммуноглобулин и антирабическую вакцину
	Бешенство установлено или предполагается	Немедленная вакцинация
	Нет возможности наблюдать за животным	Проконсультироваться в местном отделе здравоохранения
Скунсы, еноты, летучие мыши, лисы и другие плотоядные животные	Считаются зараженными бешенством	Немедленная вакцинация
Домашний скот, кролики, зайцы, грызуны (белки, хомяки, морские свинки, песчанки, бурундуки, крысы, мыши)	Профилактику бешенства обычно не проводят	

Схемы иммунизации у неиммунизированных

Препарат	Схема иммунизации
Антирабический иммуноглобулин человека	20 МЕ/кг, половину дозы – в место укуса, половину – в ягодичную мышцу (не использовать один и тот же шприц для введения иммуноглобулина и вакцины)
Человеческая диплоидноклеточная антирабическая вакцина или адсорбированная антирабическая вакцина (противопоказано внутривенное введение)	1,0 мл в/м, взрослым и подросткам – в дельтовидную мышцу, детям – в наружную поверхность бедра (не вводить в ягодичную мышцу). Повторить на 3, 7, 14 и 28 сут

См. также [271].

Рану необходимо немедленно и тщательно промыть водой с мылом. Это само по себе предотвращает заболевание у 90% подопытных животных

Таблица 26. Ревматизм: критерии Джонса

Переносная инфекция, вызванная стрептококками группы А (кожные инфекции не приводят к ревматизму), например, скарлатина, или увеличение титра антистрептолизина О и других стрептококковых антител, или выявление стрептококков группы А в посевах из зева в сочетании с 2 большими и 1 малым, или 1 большим и 2 малыми признаками.

Большие:	Малые:
Кардит	Лихорадка
Мигрирующий полиартрит	Артралгия
Хорея	ЭКГ: увеличение интервала PQ
Ревматическая эритема	Увеличение СОЭ или С-реактивного белка
Подкожные узелки	

См. также [219]

Таблица 27. Лабораторные методы

Окраска по Граму

- 1) Небольшое количество исследуемого образца поместить на чистое предметное стекло, распределить по площади диаметром 10–15 мм, подсушить на воздухе и затем зафиксировать сухим жаром путем быстрого трехкратного проведения через пламя (не перегреть).
- 2) Нанести на зафиксированный препарат 8–10 капель раствора гонцианвиолета, через 1 мин промыть струей медленно текущей воды.
- 3) Нанести на препарат 8–10 капель йодистого раствора, через 1 мин промыть струей медленно текущей воды.
- 4) Для удаления излишков красителя держать стекло наклонно и капать 95%-ный этиловый спирт до тех пор, пока стекающий раствор не станет бесцветным.
- 5) Нанести на препарат 8–10 капель раствора сафранина, через 30 с смыть водой, осторожно удалить избыток жидкости фильтровальной бумагой. При микроскопии использовать иммерсионный метод

Окраска по Гимзе

Приготовить мазок крови, подсушить на воздухе, погрузить в раствор красителя на 10 с, затем в дистиллированную воду на 20 с. После подсушивания провести микроскопию. Этот метод не идеален, но помогает диагностике малярии

Окраска на кислотоустойчивость

Приготовить препарат, как описано в пункте 1 метода окраски по Граму и нанести раствор карболового фуксина. Через 3 мин осторожно промыть струей воды, а затем – раствором для обесцвечивания, пока стекающая струя не потеряет окраску (около 2 мин). Еще раз промыть водой и нанести раствор бриллиантового зеленого. Через 30 с промыть водой и подсушить на воздухе. При микроскопии использовать иммерсионный метод

Литература

1. Adv. Parasitol. 32:2, 1993
2. Adv. Pediatr. Infect. Dis. 6:59, 1991
3. AIDS 6:311, 1992
4. Allegy: Principles and practice. Mosby, 1989, p. 1523
5. Am. J. Dis. Child. 144:1313, 1990
6. Am. J. Hosp. Pharm. 49:1150, 1992
7. Am. J. Med. 78(Suppl.5A):62, 1985
8. Am. J. Med. 83:1103, 1987
9. Am. J. Med. 85(2A):85, 1988
10. Am. J. Med. 87(6C):14, 1989
11. Am. J. Med. 87(Suppl.5A):248, 1989
12. Am. J. Med. 88:503, 1990
13. Am. J. Med. 89:137, 1990
14. Am. J. Med. 89:147, 1990
15. Am. J. Med. 90:129, 1991
16. Am. J. Med. 90:656, 1991
17. Am. J. Med. 91:129, 1991
18. Am. J. Med. 91:137, 142, 1991
19. Am. J. Med. 91:462, 1991
20. Am. J. Med. 93:123, 1992
21. Am. J. Med. 93:199, 1992
22. Am. J. Med. 93:391, 1992
23. Am. J. Med. 93:477, 1992
24. Am. J. Med. 93:481, 1992
25. Am. J. Med. 93:489, 1992
26. Am. J. Med. 94:175, 1993
27. Am. J. Med. 94:371, 1993
28. Am. J. Med. 95:573, 1993
29. Am. J. Obstet. Gynecol. 59:125, 1988
30. Am. J. Surg. 154:27, 1987
31. Am. J. Trop. Med. Hyg. 41:460, 1989
32. Am. J. Trop. Med. Hyg. 42:43, 1990
33. Am. J. Trop. Med. Hyg. 45:6, 1991
34. Am. J. Trop. Med. Hyg. 45:92, 1991
35. Am. J. Trop. Med. Hyg. 47:305, 1992
36. Am. Rev. Respir. Dis. 119:58, 1979
37. Am. Rev. Respir. Dis. 134:355, 1986
38. Am. Rev. Respir. Dis. 134:438, 1986
39. Am. Rev. Respir. Dis. 142:725, 1990
40. Am. Rev. Respir. Dis. 143:855, 1991
41. Am. Rev. Respir. Dis. 146:1067, 1992
42. Ann. Allergy 65:37, 1990
43. Ann. Intern. Med. 102:302, 1985
44. Ann. Intern. Med. 106:341, 1987
45. Ann. Intern. Med. 107:204, 1987
46. Ann. Intern. Med. 109:619, 1988
47. Ann. Intern. Med. 111:906, 1989
48. Ann. Intern. Med. 112:108, 1990
49. Ann. Intern. Med. 112:610, 1990
50. Ann. Intern. Med. 112:833, 1990
51. Ann. Intern. Med. 113:21, 1990
52. Ann. Intern. Med. 113:183, 1990
53. Ann. Intern. Med. 113:358, 1991
54. Ann. Intern. Med. 114:101, 1991
55. Ann. Intern. Med. 114:332, 1991
56. Ann. Intern. Med. 114:472, 1991
57. Ann. Intern. Med. 114:713, 1991
58. Ann. Intern. Med. 114:986, 1991
59. Ann. Intern. Med. 114:1005, 1991
60. Ann. Intern. Med. 115:19, 1991
61. Ann. Intern. Med. 115:674, 1991
62. Ann. Intern. Med. 115:705, 1991
63. Ann. Intern. Med. 115:712, 1991
64. Ann. Intern. Med. 117:25, 1992
65. Ann. Intern. Med. 117:358, 1992
66. Ann. Intern. Med. 117:390, 1992
67. Ann. Intern. Med. 117:466, 1992
68. Ann. Intern. Med. 117:512, 1992
69. Ann. Intern. Med. 117:693, 1992
70. Ann. Intern. Med. 118:77, 1993
71. Ann. Intern. Med. 118:331, 1993
72. Ann. Intern. Med. 118:401, 1993
73. Ann. Intern. Med. 118:495, 1993
74. Ann. Intern. Med. 119:171, 1993
75. Ann. Intern. Med. 119:251, 1993
76. Ann. Intern. Med. 119:284, 1993
77. Ann. Intern. Med. 119:304, 1993
78. Ann. Intern. Med. 119:482, 1993
79. Ann. Intern. Med. 120:118, 1994
80. Ann. Intern. Med. 188:388, 1993
81. Ann. N.Y. Acad. Sci. 55:1027, 1952
82. Ann. Surg. 202:659, 1985
83. Antimicrob. Agents Chemother. 31:485, 1987
84. Antimicrob. Agents Chemother. 32:1, 1988
85. Antimicrob. Agents Chemother. 33:1, 1989
86. Antimicrob. Agents Chemother. 34:40, 1990
87. Antimicrob. Agents Chemother. 34:176, 1990
88. Antimicrob. Agents Chemother. 34:179, 1990
89. Antimicrob. Agents Chemother. 34:241, 1990
90. Antimicrob. Agents Chemother. 34:550, 1990
91. Antimicrob. Agents Chemother. 35:2467, 1991
92. Antimicrob. Agents Chemother. 34:2267, 1990
93. Antimicrob. Agents Chemother. 35:399, 1991
94. Antimicrob. Agents Chemother. 36:150, 1992
95. Antimicrob. Agents Chemother. 36:180, 1992
96. Antimicrob. Agents Chemother. 36:1062, 1992
97. Antimicrob. Agents Chemother. 36:1144, 1992
98. Antimicrob. Agents Chemother. 36:1342, 1992

99. Antimicrob. Agents Chemother. 36:1402, 1992
100. Antimicrob. Agents Chemother. 36:1614, 1992
101. Antimicrob. Agents Chemother. 36:2542, 1992
102. Antimicrob. Agents Chemother. 36:2652, 1992
103. Antimicrob. Agents Chemother. 36:2799, 1992
104. Antimicrob. Agents Chemother. 37:89, 1993
105. Antimicrob. Agents Chemother. 37:123, 1993
106. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1334, 1993
107. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1572, 1993
108. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1580, 1993
109. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1630, 1993
110. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1773, 1993
111. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1799, 1993
112. Antimicrob. Agents Chemother. 37:1904, 1993
113. Antimicrob. Agents Chemother. 38:142, 1994
114. Antimicrob. Newsletter 8:75, 1992
115. Arch. Intern. Med. 145:465, 1985
116. Arch. Intern. Med. 147:73, 1987
117. Arch. Intern. Med. 147:817, 1987
118. Arch. Intern. Med. 147:873, 1987
119. Arch. Intern. Med. 148:2389, 1988
120. Arch. Intern. Med. 149:1279, 1989
121. Arch. Intern. Med. 150:790, 1990
122. Arch. Intern. Med. 150:1389, 1990
123. Arch. Intern. Med. 150:2517, 1990
124. Arch. Intern. Med. 151:1381, 1991
125. Arch. Intern. Med. 152:602, 1991
126. Arch. Ophthalmol. 106:1196, 1988
127. Arch. Surg. 120:530, 1985
128. Brit. J. Obstet. Gynaecol. 96:226, 1989
129. Bull. Am. Coll. Surg. 69:22, 1984
130. Bull. WHO 67:721, 1989
131. Chemotherapy 35:140, 1989
132. Chest 100:813, 1991
133. Chest 100:943, 1991
134. Chest 95:563, 1989
135. Child Abuse Negl. 17:91, 1993
136. Clin. Exp. Dermatol. 14:124, 1989
137. Clin. Infect. Dis. 14:2, 1992
138. Clin. Infect. Dis. 14:75, 1992
139. Clin. Infect. Dis. 14:S106, 1992
140. Clin. Infect. Dis. 14:S170, 1992
141. Clin. Infect. Dis. 14:S209, 1992
142. Clin. Infect. Dis. 14:S77, 1992
143. Clin. Infect. Dis. 15:77, 1992
144. Clin. Infect. Dis. 15:271, 1992
145. Clin. Infect. Dis. 15:553, 1992
146. Clin. Infect. Dis. 15:1039, 1992
147. Clin. Infect. Dis. 16:145, 1993
148. Clin. Infect. Dis. 16:276, 1993
149. Clin. Infect. Dis. 16:671, 1993
150. Clin. Infect. Dis. 17:210, 1993
151. Clin. Infect. Dis. 17:224, 1993
152. Clin. Infect. Dis. 17:231, 239, 1993
153. Clin. Infect. Dis. 17:405, 1993
154. Clin. Infect. Dis. 17:520, 1993
155. Clin. Infect. Dis. 17:961, 1993
156. Clin. Nephrol. 36:29, 1991
157. Curr. Opin. Infect. Dis. 4:826, 1991
158. Curr. Opin. Infect. Dis. 4:838, 1991
159. Curr. Opin. Infect. Dis. 5:703, 1992
160. Current Pediatric Drugs. F. D. Burg, J. A. Bourret. W. B. Saunders, 1994
161. Diagn. Microbiol. Infect. Dis. 15:425, 1992
162. Drug Prescribed in Renal Failure, 3rd ed. Bennet et al (eds). American College of Physicians, 1994
163. Epidemiol. Infect. 101:641, 1988
164. Guide to HIV/AIDS Therapy. J. Sanford (ed.). Antimicrobial Therapy, Inc., 1993
165. Gut 33:289, 1992
166. Gut 33:368, 1992
167. Gut 33:397, 1992
168. Hepatology 10:579, 1989
169. Hosp. Pract. 27:3A, 1992
170. Infect. Dis. Clin. North Am. 3:533, 1989
171. Infect. Dis. Clin. North Am. 4:661, 1991
172. Infect. Dis. Clin. North Am. 6:545, 1992
173. Infect. Dis. Clin. North Am. 6:613, 1992
174. Infect. Dis. Clin. Pract. 1:217, 1992
175. Infect. Dis. Clin. Pract. 1:247, 1992
176. Infect. Dis. Clin. Pract. 2:332, 1993
177. Infect. Dis. Clin. Pract. 2:340, 1993
178. Infect. Dis. Clin. Pract. 2:389, 1993
179. Int. J. Antimicrob. Agents 3:133, 1993
180. Int. J. Leprosy Other Mycobact. Dis. 58:281, 1990
181. J. Allergy Clin. Immunol. 63:184, 1979
182. J. Allergy Clin. Immunol. 82:213, 1988
183. J. Am. Acad. Dermatol. 23:587, 607, 1990
184. J. Am. Acad. Dermatol. 23:607, 1990
185. J. Antimicrob. Chemother. 19:1, 1987
186. J. Antimicrob. Chemother. 25:674, 1990
187. J. Antimicrob. Chemother. 25:A33, 1990
188. J. Antimicrob. Chemother. 26 (Suppl.A):59, 1990
189. J. Antimicrob. Chemother. 26:B129, 1990
190. J. Antimicrob. Chemother. 30:414, 1992
191. J. Antimicrob. Chemother. 31:Suppl. A, 1993
192. J. Antimicrob. Chemother. 32:792, 1993

193. J. Clin. Oncol. 8:280, 1990
194. J. Crit. Care 8:768, 1993
195. J. Hand Surg. 16A:136, 1991
196. J. Infect. Dis. 152:500, 1985
197. J. Infect. Dis. 154:328, 1986
198. J. Infect. Dis. 158:881, 1988
199. J. Infect. Dis. 160:555, 1989
200. J. Infect. Dis. 161:318, 1990
201. J. Infect. Dis. 161:381, 1990
202. J. Infect. Dis. 163:325, 1991
203. J. Infect. Dis. 163:1348, 1991
204. J. Infect. Dis. 167:278, 1993
205. J. Infect. Dis. 167:1239, 1993
206. J. Neurol. 237:279, 1990
207. J. Neurosurg. 59:972, 1983
208. J. Pediatr. 113:266, 1988
209. J. Pediatr. 116:633, 1990
210. J. Trop. Med. Hyg. 84:73, 1981
211. J. Urol. 146:596, 1992
212. J.A.M.A. 259:1067, 1988
213. J.A.M.A. 264:703, 1990
214. J.A.M.A. 264:2919, 1990
215. J.A.M.A. 265:361, 1991
216. J.A.M.A. 266:225, 1991
217. J.A.M.A. 267:246, 1992
218. J.A.M.A. 268:92, 1992
219. J.A.M.A. 268:2069, 1992
220. J.A.M.A. 270:2583, 1993
221. Lancet 1:1239, 1988
222. Lancet 1:1375, 1987
223. Lancet 1:1397, 1989
224. Lancet 2:13, 1987
225. Lancet 2:434, 1989
226. Lancet 2:626, 1989
227. Lancet 2:707, 1984
228. Lancet 2:934, 1987
229. Lancet 2:1479, 1990
230. Lancet 2:1486, 1990
231. Lancet 337:468, 1991
232. Lancet 337:627, 1991
233. Lancet 337:1058, 1991
234. Lancet 337:1061, 1991
235. Lancet 338:578, 1991
236. Lancet 338:597, 1991
237. Lancet 339:428, 1992
238. Lancet 339:679, 1992
239. Lancet 339:1253, 1992
240. Lancet 339:1292, 1992
241. Lancet 339:1415, 1992
242. Lancet 339:1443, 1992
243. Lancet 340:309, 1992
244. Lancet 340:310, 1992
245. Lancet 340:592, 1992
246. Lancet 340:652, 1992
247. Lancet 340:1135, 1992
248. Lancet 340:1245, 1992
249. Lancet 340:1256, 1992
250. Lancet 341:96, 1993
251. Lancet 341:109, 1993
252. Lancet 341:112, 1993
253. Lancet 341:278, 1993
254. Lancet 341:1152, 1993
255. Lancet 341:1221, 1993
256. Lancet 342:76, 1993
257. Lancet 342:122, 1993
258. Lancet 342:382, 1993
259. Lancet 342:453, 1993
260. Lancet 342:457, 1993
261. Lancet 342:1269, 1993
262. Lancet 342:1432, 1993
263. Lancet 342:1438, 1993
264. Lancet 343:241, 1994
265. M.M.W.R. 38(S-5), 1989
266. M.M.W.R. 38:236, 1989
267. M.M.W.R. 38:247, 1989
268. M.M.W.R. 38:256, 1989
269. M.M.W.R. 39(RR-17):14, 1990
270. M.M.W.R. 39:37, 1990
271. M.M.W.R. 40(RR-3), 1991
272. M.M.W.R. 40(RR-6), 1991
273. M.M.W.R. 40(RR-12), 1991
274. M.M.W.R. 40:275, 1991
275. M.M.W.R. 41(RR-11):52, 1992
276. M.M.W.R. 41(RR-11):68, 1992
277. M.M.W.R. 41:667, 1992
278. M.M.W.R. 42(RR-7), 1993
279. M.M.W.R. 42(RR-9), 1993
280. M.M.W.R. 42(RR-14), 1993
281. M.M.W.R. 42(RR-14):157, 1993
282. M.M.W.R. 42(RR-14):200, 1993
283. M.M.W.R. 42(SS-5):1, 1993
284. M.M.W.R. 42:23, 1994
285. M.M.W.R. 42:39, 1993
286. M.M.W.R. 42:806, 1993
287. M.M.W.R. 43:23, 1994
288. Med. J. Aust. 158:312, 1993
289. Med. Lett. Drugs Ther. 35:91, 1993
290. Med. Lett. Drugs Ther. 35:111, 1993
291. Medical Management of AIDS. W. B. Saunders, 1992, p. 54
292. Medicine 65:82, 1986
293. Medicine 72:11, 1993
294. N. Engl. J. Med. 304:749, 1981
295. N. Engl. J. Med. 310:1689, 1984
296. N. Engl. J. Med. 312:1142, 1985
297. N. Engl. J. Med. 312:343, 1985
298. N. Engl. J. Med. 314:20, 1986
299. N. Engl. J. Med. 314:144, 1986
300. N. Engl. J. Med. 314:1665, 1986
301. N. Engl. J. Med. 315:552, 1986
302. N. Engl. J. Med. 317:581, 1987
303. N. Engl. J. Med. 317:653, 1987
304. N. Engl. J. Med. 317:1692, 1987
305. N. Engl. J. Med. 318:48, 1988
306. N. Engl. J. Med. 321:1696, 1989
307. N. Engl. J. Med. 322:16, 1990
308. N. Engl. J. Med. 322:153, 1990
309. N. Engl. J. Med. 322:713, 1990
310. N. Engl. J. Med. 322:1821, 1990
311. N. Engl. J. Med. 323:1717, 1990
312. N. Engl. J. Med. 324:289, 1991
313. N. Engl. J. Med. 324:1005, 1991
314. N. Engl. J. Med. 324:1332, 1991
315. N. Engl. J. Med. 324:1514, 1991

316. N. Engl. J. Med. 324:1525, 1991
 317. N. Engl. J. Med. 324:1633, 1991
 318. N. Engl. J. Med. 325:327, 1991
 319. N. Engl. J. Med. 325:551, 1991
 320. N. Engl. J. Med. 325:1274, 1315, 1991
 321. N. Engl. J. Med. 325:1315, 1991
 322. N. Engl. J. Med. 325:1534, 1991
 323. N. Engl. J. Med. 325:1539, 1991
 324. N. Engl. J. Med. 326:161, 1992
 325. N. Engl. J. Med. 326:213, 1992
 326. N. Engl. J. Med. 326:281, 1992
 327. N. Engl. J. Med. 326:594, 1992
 328. N. Engl. J. Med. 326:726, 1992
 329. N. Engl. J. Med. 326:1060, 1992
 330. N. Engl. J. Med. 327:293, 1992
 331. N. Engl. J. Med. 327:534, 1992
 332. N. Engl. J. Med. 327:581, 1992
 333. N. Engl. J. Med. 327:921, 1992
 334. N. Engl. J. Med. 327:1643, 1992
 335. N. Engl. J. Med. 328:349, 1993
 336. N. Engl. J. Med. 328:703, 1993
 337. N. Engl. J. Med. 328:813, 1993
 338. N. Engl. J. Med. 328:1308, 1993
 339. N. Engl. J. Med. 328:1323, 1993
 340. N. Engl. J. Med. 328:1821, 1993
 341. N. Engl. J. Med. 329:8, 1993
 342. N. Engl. J. Med. 329:156, 1993
 343. N. Engl. J. Med. 329:472, 1993
 344. N. Engl. J. Med. 329:583, 1993
 345. N. Engl. J. Med. 329:753, 1993
 346. N. Engl. J. Med. 329:995, 1993
 347. N. Engl. J. Med. 329:1328, 1993
 348. Neurology 37:1561, 1987
 349. Obstet. Gynecol. 25:734, 1965
 350. Parasitol. Today 9:323, 1993
 351. Pediatr. Emerg. Care 8:2, 1994
 352. Pediatr. Infect. Dis. 10:275, 1991

353. Pediatr. Infect. Dis. 12:2, 1993
 354. Pediatr. Infect. Dis. 13:1, 1994
 355. Pediatr. Infect. Dis. 13:S27, 1994
 356. Pediatr. Infect. Dis. 6:501, 1987
 357. Pediatr. Infect. Dis. 6:1143, 1987
 358. Pediatr. Infect. Dis. 7:37, 1988
 359. Pediatr. Infect. Dis. 7:40, 1988
 360. Pediatr. Infect. Dis. 8:605, 1989
 361. Pediatr. Infect. Dis. 8:663, 1989
 362. Pediatr. Infect. Dis. 9:111, 1990
 363. Pediatrics 91:23, 1993
 364. Peritoneal. Dial. Int. 9:247, 1989
 365. Radiology 182:399, 1992
 366. Red book, American Academy of Pediatrics, 1991
 367. Red Book, American Academy of Pediatrics, 1991, p. 442
 368. Rep. Pediatr. Infect. Dis. 2:25, 1992
 369. Rep. Pediatr. Infect. Dis. 7:25, 1992
 370. Rev. Infect. Dis. 3:1052, 1981
 371. Rev. Infect. Dis. 7:613, 1985
 372. Scand. J. Infect. Dis. 12:277, 1980
 373. South. Med. J. 84:465, 1991
 374. South. Med. J. 86:604, 1993
 375. Surgery 98:648, 1985
 376. Textbook of AIDS Med. S. Broder (ed.), 1993, p. 223
 377. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 84(Suppl.2), 1990
 378. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 85:244, 1991
 379. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 86:54, 1992
 380. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 86:128, 1992
 381. West. J. Med. 156:419, 1992
 382. Wkly Epidem. Rec. 68:269, 1993

Приложение А. Лекарственные средства: международные названия, группы, синонимы

Приложения А и Б подготовлены издательством «Практика» и включены в справочник с разрешения издательства «Antimicrobial Therapy, Inc.». При составлении перечня синонимов использована компьютерная система «Клифар» (автор А. С. Румянцев), «Лекарственные средства» (М. Д. Машковский, М. «Медицина», 1993), «Терапевтический справочник Вашингтонского университета» (М. «Практика», 1995), «Справочник Видаль» (М. «Астрафармсервис», 1995), «Physician's desk reference» (Medical Economics Data Production Co., 1994), «Quick look drug book» (ed. L. Lance, C. Lacy, M. Goldman. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994) и «Index nominum: International drug directory» (ed. Swiss Pharmaceutical Society, 16 ed. Medpharm Scientific Publ., Stuttgart, 1995). Международные названия препаратов указаны в соответствии с последним источником. В список включены лекарственные средства, упоминаемые в справочнике. Приведены торговые названия препаратов, разрешенных к применению в нашей стране, и некоторые препараты зарубежных фирм, еще ожидающие такого разрешения.

Азатиоприн, azathioprine; иммуносупрессор. Имуран
Азелаиновая кислота, azelaic acid; средство против угрей, для наружного применения. Скинорен
Азитромицин, azithromycin dihydrate; антибиотик, азитид.
Зитромакс, Сумаamed
Азлоциллин, azlocillin; антибиотик, Пен-АП.
Секуропен
Азтреонам, aztreonam; антибиотик, монобактам.
Азактам
Аллопуринол, allopurinol; гипоурикемический, урикозурический препарат. Аллозим, Зилорик, Милуриг, Пуринол, Урозин
Альбендазол, albendazole; антигельминтный препарат. Зентел
Альфентанил, alfentanil hydrochloride; наркотический анальгетик.
Альфента, Ралифен
Амантадин, amantadine hydrochloride; противовирусный, антипаркинсонический препарат.
Вирегит, Глудантан, Мидантан, Симметрел
Амикацин, amikacin sulfate; антибиотик, АГ-АП. Амикин, Амикоцид, Ивимицин, Ликацин, Микацин, Селемицин, Фарциклин
Аминосалицилат, aminosalicilate sodium; противотуберкулезный препарат. ПАСК, Памизил, Тубонас
Амодиахин, amodiaquine dihydrochloride; противомаларийный препарат.
Камохин, Флавохин
Амоксициллин, amoxicillin trihydrate; антибиотик, аминопенициллин.
Амин, Амоксил, Амоксиллат, Апо-Амокси, Гоноформ, Грунамокс, Данемокс, Дедоксил, Изолтил, Оспамокс, Тайсил, Флемоксин Соллютаб, Хиконцил, Э-мокс

Ампициллин, ampicillin; антибиотик, аминопенициллин.
Ампик, Ампицид, Амплитал, Апо-Ампи, Дедомпил, Декапен, Кампициллин, Месциллин, Омнипен, Пенбритин, Пентарцин, Пентрексил, Полициллин, Рентрексин, Росциллин, Стандациллин, Эпикоциллин
Амоксициллин/клавуланат, amoxicillin/clavulanate potassium; антибиотик, аминопенициллин + ингибитор β-лактамаз.
Амоклавин, Амоксиклав, Аугментин, Клактам
Ампициллин/сульбактам, ampicillin sodium/subbactam sodium; антибиотик, аминопенициллин + ингибитор β-лактамаз. Бетамп, Уназин
Амфотерицин В, amphotericin B; противогрибковый антибиотик.
Фунгизон, Фунгилин
Анатоксин дифтерийно-столбнячный, diphtheria and tetanus toxoids; вакцина, адсорбированный анатоксин.
АДС-анатоксин
Артеметер, artemether; противомаларийный препарат
Артезунат, artesunate; противомаларийный препарат
Аспирин, acetylsalicylic acid; ненаркотический анальгетик, жаропонижающее средство.
Апо-аса, Аспиватрин, Аспомай, Ацесал, Ацетилин, Ацетилсалициловая кислота, Ацилпирин, Джасприн, Колфарит, Микристин, Новандол, Ронал
Астемизол, astemizol; антигистаминный препарат.
Астелонг, Астемисан, Гисманал, Гистазол, Гисталонг, Мибирон, Стемиз
Атоваквон, atovaquone; антипротозойный препарат.
Мепрон

Ацетазоламид, acetazolamide; диуретик, ингибитор карбоангидразы, противосудорожное средство.
Диакарб, Диамокс
Ацетаминофен, acetaminophen; ненаркотический анальгетик.
Акамол, Ацетомай, Вольпан, Дафалган, Деминофен, Доломол, Ифимол, Калпол, Мехсален, Ново-джейк, Опрадол, Панадол, Парамол, Парацет, Парацетамол, Пасемол, Пиларен, Сифенол, Тайленол, Фебрицет, Эффералган
Ацикловир, acyclovir; противовирусный препарат.
Виролекс, Герплекс, Зовиракс, Цикловир
Бакампициллин, bacampicillin; антибиотик, аминопенициллин.
Пенбак, Пенглоб, Спектрибид
Бацитрацин, bacitracin; антибиотик, полипептид.
Бацитин, Фортрацин
Бензатинбензилпенициллин, benzathine benzylpenicillin; антибиотик, природный пенициллин.
Бензатинпенициллин G, Бициллин, Ретарпен, Экстенциллин
Бензилпенициллин, benzylpenicillin; антибиотик, природный пенициллин.
Пенициллин G
Бензидазол, benzidazole; антипротозойный препарат. Радинил
Бензоилпероксид, benzoyl peroxide; антисептик, средство против угрей, для наружного применения.
Бензакне
Бикарбонат натрия, sodium bicarbonate; ошелащивающее средство.
Битиол, bithiolo; антигельминтный препарат. Актамер
Бромокриптин, bromocriptine mesylate; ингибитор пролактина, антипаркинсоническое средство, алкалоид спорыньи. Бромэргон, Парлодел
Бутоконазол, butoconazole nitrate; противогрибковый препарат, для местного применения. Фемстат
Вакцина антирабическая, человеческая диплоидноклеточная, rabies virus vaccine, human diploid; вакцина
Вакцина против гепатита В, hepatitis B vaccine; вакцина, рекомбинантный HbsAg или инактивированный HbsAg плазмы.
Гептавакс В, Рекомбивакс HB
Вакцина против коклюша, дифтерии и столбняка, pertussis vaccine and diphtheria and tetanus toxoids; адсорбированная АКДС-вакцина.
Три-Иммунол

Вакцина против кори, краснухи и эпидемического паротита, measles, rubella and mumps vaccines, combined; вакцина, аттенуированные живые вирусы
Вакцина противогриппозная, influenza virus vaccine; вакцина, инактивированный вирус.
Флу-Иммун, Флузон, Флуоген
Вакцина противокоревая, measles virus vaccine, live, attenuated; вакцина, аттенуированный живой вирус. Аттенувакс
Вальпроовая кислота, valproic acid; противосудорожное средство.
Апиленсин, Ацедипрол, Делаксин, Деламид, Конвулекс, Конвульсофин, Энкорат
Ванкомицин, vancomycin hydrochloride; антибиотик, гликопептид. Ванкоцин
Варфарин, warfarin sodium; антикоагулянт. Кумадин
Векуроний, vecuronium; недеполярирующий блокатор нервно-мышечного проведения, миорелаксант. Норкурон
Видарабин, vidarabine; противовирусный препарат.
Ара-А, Вира-А
Висмута субсалицилат, bismuth subsalicylate; антидиарейный препарат.
Десмол, Пепто-Бисмол
Галопрогин, haloproglin; противогрибковый препарат для местного применения. Галотекс
Галофантрин, halofantrine hydrochloride; противомаларийный препарат. Галфан
Ганцикловир, ganciclovir; противовирусный препарат.
Цимевен, Цитовен
Гексахлорофен, hexachlorophene; антисептик. Септизол
Гентамицин, gentamicin sulfate; антибиотик, АГ-АП.
Гарамицин, Гентацикол, Септопал
Гепарин, heparin; антикоагулянт.
Гепарибене, Лиотон
Глюконат кальция, calcium gluconate; препарат кальция. Кальцедон
Гидрокортизон, hydrocortisone; глюкокортикоид. Гидрокорт, Латикорт, Локоид, Солу-Кортеф, Эфкорлин
Гидроксихлорохин, hydroxychloroquine sulfate; противомаларийный препарат.
Плаквенил
Гидрохлортиазид, hydrochlorothiazid; тиазидный диуретик.
Апо-гидро, Гидродуриол, Гипотиазид, Дихлотиазид, Эсидрикс
Грамицидин, gramicidin; антибиотик, полипептид. Грамодерм

Гризефульвин, griseofulvin; противогрибковый антибиотик.
Фульвицин
Гуанидин, guanidine hydrochloride; холиномиметик.
Дантролен, dantrolene sodium; средство для лечения гипотермии, миорелаксант. Дантриум
Дапсон, dapson; антимикробактериальный, антипротозойный препарат.
Диафенилсульфон
Дегидрометин, dehydroemetine dihydrochloride; антипротозойный препарат. Даметин, Мебадин
Дексаметазон, dexamethasone; глюкокортикоид.
Даксин, Дексабене, Дексазон, Дексафар, Дексона, Дектазон, Детазон, Максидекс, Офтан Дексаметазон, Сондекс
Демеклоциклин, demeclocycline hydrochloride; антибиотик, тетрациклин.
Декломицин
Дефероксамин, deferoxamine mesylate; антидот алюминия и железа. Десферал
Диазепам, diazepam; антианксиолитик, противосудорожное, седативное средство, производное бензодиазепина. Анаурин, Валиум, Реланиум, Седуксен, Сибазон
Дигоксин, digoxin; сердечный гликозид, антиаритмический препарат.
Диланацин, Ланикор, Ланоксин
Диданозин, didanosine; противовирусный препарат.
Вайдекс, Дидезоксинозин
Диклазурил, diclazuril; антипротозойный препарат.
Диклоксациллин, dicloxacillin sodium антибиотик, ППен-УП. Динапен
Дилоксанид-фураат, diloxanide furate; антипротозойный препарат. Фурамид
Дисульфирам, disulfiram; средство для лечения алкоголизма.
Антабус, Радотер, Тетурам, Эспераль
Диэтилкарбамазин, diethylcarbamazine citrate; антигельминтный препарат.
Дитразин
Диэтилтолуамид, diethyltoluamide; репеллент. ДЭТА
Доксициклин, doxycycline; антибиотик, тетрациклин.
Апо-Докси, Вибрамицин, Доксибене, Доксинат, Медомидин, Супрациклин, Этидоксин, Юнидокс
Зальцитабин, zalcitabine; противовирусный препарат.
Дидезоксицитидин, Хивид
Зидовудин, zidovudine; противовирусный препарат.
Азидотимидин, Ретровир, Тимазид

Ибупрофен, ibuprofen; ненаркотический анальгетик, противовоспалительное средство.
Бруфен, Бурана, Долгит, Ибугад, Ипрен, Мотрин, Нуприн, Реумафен
Ивермектин, ivermectin; антигельминтный препарат. Мектизан
Идоксуридин, idoxuridine; противовирусный препарат, для местного применения.
Дендрид, Керецид, Офтан, Иду, Стоксил
Изониазид, isoniazid; антимикробактериальный препарат.
ГИНК, Ланиазид, Нидразид, Тубазид
Изотретиноин, isotretinoin; средство против угрей, противоопухолевый препарат.
Аккутан, Роаккутан
Имипенем/циластатин, imipenem/cilastatin; антибиотик, карбапенем + ингибитор дигидропептидазы.
Примаксин, Тиенам
Иммуноглобулин антирабический, rabies immune globulin, human; иммуноглобулин человека.
Гипераб, Имогам
Иммуноглобулин для в/в введения, immune globulin intravenous; иммуноглобулин человека.
Гамма-глобулин, Гаммагард, Садоглобулин
Иммуноглобулин для в/м введения, immune globulin intramuscular; иммуноглобулин.
Гамма-глобулин, Гаммар
Иммуноглобулин противостолбнячный, tetanus immune globulin, human; иммуноглобулин человека.
Гипер-Тет
Индометацин, indomethacin; ненаркотический анальгетик, противовоспалительное средство.
Индобене, Индомин, Индоцин, Интебан, Метиндол, Эльметацин
Интерферон α-п3, interferon alfa-p3; противовирусный и противоопухолевый препарат. Альферон
Интерферон α-2b, interferon alfa-2b противовирусный, противоопухолевый препарат. Интрон А
Интерферон γ, interferon gamma; противовирусный препарат.
Иммунерон, Имукин
Итраконазол, itraconazole; противогрибковый препарат.
Орунгал, Споранокс
Йод-повидон, povidone-iodine; антисептик. Бетадин, Йодовидон

Йодид калия, насыщенный раствор, potassium iodide, saturated solution; противогрибковый препарат, средство для лечения тиреотоксикоза

Йодохинол, iodoquinol; антипротозойный препарат.

Дийодогидроксихин, йодоксин

Кальция глюконат, calcium gluconate; препарат кальция. Кальцедон, Кальцилот, Кальцитранс

Канамицин, kanamycin sulfate; антибиотик, аминогликозид. Кантрекс

Капреомицин, capreomycin disulfate; антимикобактериальный антибиотик, полипептид. Капастат

Карбамазепин, carbamazepine; противосудорожное средство.

Зептол, Карбадак, Карбапин, Карбатол, Мазелин, Стазелин, Тегретол, Тимонил, Финлепсин

Карбенициллин, carbenicillin disodium; антибиотик, Пен-АП. Геопен, Пиопен

Кариндациллин, Carindacillin sodium; антибиотик, Пен-АП.

Геопен для приема внутрь, Геоциллин, Инданилкарбенициллин

Кетоконазол, ketocanazole; противогрибковый препарат.

Низорал, Ороназол

Кларитромицин, clarithromycin; антибиотик, макролид. Биаксин, Клацид

Клиндамицин, clindamycin; антибиотик, макролид.

Далацин, Клеоцин, Климмицин, Клиндацин, Клинокцин

Клюксациллин, cloxacillin sodium; антибиотик, ППен-УП. Клобекс, Тегопен

Клотримазол, clotrimazole; противогрибковый препарат.

Антифунгол, Диглотримазол, Имидил, Йенамазол, Кандибене, Кандид, Канестен, Лотримин, Мицелекс, Овис, Фактодин, Фунгизид

Клофазимин, clofazimine palmitate; антимикобактериальный препарат.

Лампрен

Клофибрат, clofibrate; гиполипидемический препарат.

Атромид-С, Мисклерон

Колестипол, colestipol hydrochloride; гиполипидемический препарат.

Холестид

Колистин, colistin sulfate; антибиотик, полипептид. Колимицин С, Полимиксин Е

Колистин-мезилат, Colistin mesilate sodium; антибиотик, полипептид.

Колимицин М, Колистиметат

Кофеин, caffeine; психостимулятор.

Кафанил, Каффедрин, НоаДоз

Кротамитон, crotamiton; средство против чесотки и педикулеза, для наружного применения. Эуракс

Латамоксэф, latamoxef; антибиотик, Цеф-3л. Моксалактам

Левамизол, levamisole hydrochloride; антигельминтный препарат.

Декарис, Эргамизол

Линдан, lindane; средство против чесотки и педикулеза, для наружного применения.

Гамма-гексахлорциклопексан

Линкомицин, lincomycin hydrochloride; антибиотик, линкомицин.

Линкоцин, Линоцин, Медоглицин, Нелорен

Ловастатин, lovastatin; гиполипидемический препарат.

Мевакор

Ломефлоксацин, lomefloxacin hydrochloride; антимикробный препарат, фторхинолон. Максаквин

Лоперамид, loperamide hydrochloride; антидиарейный препарат.

Имодиум, Лопедиум, Суперилоп, Энтеробене

Лоракарбоф, loracarbef monohydrate; антибиотик, Цеф-2в. Лорабид, Лорафем

Лоратадин, loratadine; антигистаминный препарат. Азатадин, Кларитин, Лизино, Фристамин

Малатион, malathion; средство против педикулеза, для наружного применения. Овид

Мафенид, mafenide acetate; антимикробный препарат, сульфаниламид, для местного применения. Сульфамилон

Мебендазол, mebendazole; антигельминтный препарат. Вермокс

Меглумин-антимониат, meglumine antimonate; антипротозойный препарат.

Глюкантим

Мезлоциллин, mezlocillin sodium; антибиотик, Пен-АП. Байпен, Мезлин

Мексилетин, mexiletine hydrochloride; антиаритмический препарат. Мекситил

Меларсопрол, melarsoprol; антипротозойный препарат. Арсобал

Мелакрин, Mercrincine dihydrochloride; антипротозойный препарат.

Акрихин, Атабрин, Хинакрин

Меперидин, mepredidine hydrochloride; наркотический анальгетик. Демерол

Меропенем, meropenem trihydrate; антибиотик, β-лактам. Меррем

Месалазин, mesalazine; противовоспалительный препарат.

5-Аминосалициловая кислота, Мезакол, Месаламин, Салосан, Салофальк, Тидокол

Метадон, methadone hydrochloride; наркотический анальгетик. Долофин

Метенамин-гиппурат, methenamine-hippurate; антимикробный препарат. Гипрекс

Метенамин-манделат, methenamine-mandelate; антимикробный препарат. Манделамин

Метилпреднизолон, methylprednisolone; глюкокортикоид.

Медрол, Метипред, Урбазон

Метициллин, methicillin sodium; антибиотик, ППен-УП

Метоксифлуран, methoxyflurane; средство для наркоза. Ингалан, Пентран

Метотрекат, methotrexate; противоопухолевый препарат, антиметаболит. Мексат, Ревматрекс, Трекстат

Метрифонат, metrifonate; антигельминтный препарат. Биларцил

Метронидазол, metronidazol; антибактериальный, антипротозойный препарат. Зоацид, Клион, Метрогил, Нидазол, Орвагил, Протамет, Трихазол, Трихопол, Филмет, Флагил, Эфлоран

Мефлохин, mefloquine hydrochloride; противомаларийный препарат.

Лариам

Мециллинам, mecillinam; антибиотик, пенициллин. Амдиноциллин

Миконазол, miconazole; противогрибковый препарат.

Гино-дактарин, Дактарин, Монистат

Миноциклин, minocycline hydrochloride; антибиотик, тетрациклин. Миноцин

Молграмостим, molgramostim; фактор, стимулирующий колонии гранулоцитов и макрофагов. Лейкомакс

Мупирицин, mupirocin; антибиотик, для местного применения.

Бактробан

Налидиксовая кислота, nalidixic acid; антимикробный препарат, хинолон.

Налицид, Невиграмон, Неграм

Натамицин, natamycin; противогрибковый антибиотик.

Пимарицин, Пимафуцин

Нафтифин, naftifine; противогрибковый препарат, для местного применения. Экзодерил

Нафциллин, nafcillin sodium; антибиотик, ППен-УП. Юнипен

Неомицин, neomycin sulfate; антибиотик, аминогликозид

Нетилмицин, netilmicin sulfate; антибиотик, АГ-АП.

Гуардоцин, Нетромицин

Никлозамид, niclosamide; антигельминтный препарат. Йомесан

Ниридазол, niridazole; антигельминтный препарат. Амблхар

Нистатин, nystatin; антибиотик, противогрибковый препарат.

Микостатин, Нилстат

Нитрофурантоин, nitrofurantoin; антимикробный препарат.

Макродантин, Фурадонин

Нифуртимокс, nifurtimox; антипротозойный препарат. Лампит

Новобиоцин, novobiocin sodium; антибиотик. Альбамицин

Норфлоксацин, norfloxacin; антимикробный препарат, фторхинолон. Анквин, Гиравлок, Квинолокс, Негафлокс, Нолицин, Норбактин, Норилет, Нормакс, Нороксин, Норфлокс, Софазин, Ютибид

Оксамнихин, oxamniquine; антигельминтный препарат. Вансил

Оксациллин, oxacillin sodium; антибиотик, ППен-УП.

Бактоцилл, Простафлин

Оксиконазол, oxiconazole; противогрибковый препарат, для местного применения. Оксистал

Окситетрациклин, oxytetracycline dihydrate; антибиотик, тетрациклин.

Террамицин

Октреотид, octreotide acetate; гормональный препарат, аналог соматостатина. Сандостатин

Омерпазол, omeprazole; блокатор секреции кислоты в желудке, противоязвенный препарат.

Гллаверал, Зероцид, Локит, Лосек, Омез, Омерпол, Омизак, Ортанол, Промезол, Просептин

Орнидазол, ornidazole; антипротозойный препарат. Тиберал

Офлоксацин, ofloxacin; антимикробный препарат, фторхинолон.

Заноцин, Менефлокс, Таривид

Паромомицин, paromomycin sulfate; антибиотик, аминогликозид, антипротозойный препарат.

Мономицин, Хуматин

Пентамидин, pentamidine isethionate; антипротозойный препарат.

НебуПент, Пентакаринат, Пентам

Пентоксифиллин, pentoxifylline; средство, снижающее вязкость крови.

Агапурин, Арбифлекс, Ацупентат-400, Дартелин, Кинетал-400, Окспентифиллин, Пентилин, Пентомер, Ралофект, Трентал, Флекситал

Перметрин, permethrin; средство против чесотки и педикулеза, для наружного применения.

Никс, Ниттифор, Элимит

Пефлоксацин, pefloxacin; антимикробный препарат, фторхинолон.
Абактал, Перти, Пефлацин
Пивмециллин, pivmecillinam; антибиотик, пенициллин. Селексид
Пиперазин, piperazine citrate; антигельминтный препарат. Антепар
Пиперацillin, piperacillin sodium; антибиотик, Пен-АП.
 Исипен, Пипракс, Пипрацил, Пиприл
Пиперацillin/тазобактам, piperacillin sodium/tazobactam sodium; антибиотик, Пен-АП + ингибитор бета-лактамаз.
 Зосин, Тазоцин
Пиразинамид, pyrazinamide; антимикробактериальный препарат.
 Кавизид, П.Т.Б., Пизина, Тизамид
Пирантел, pyrantel pamoate; антигельминтный препарат. Антиминт
Пирвиний, pygvinium embonate; антигельминтный препарат.
 Молевак, Пирвиниум, Пиркон
Пиретрины/пиперонил-бутоксид, pyrethrins/piperonylbutoxide; средство против педикулеза, для наружного применения.
 А-200, Пиринат
Пиретрум, pyrethrum; инсектицид
Пиридоксин, pyridoxine hydrochloride; антидот изониазида, гидралазина и циклосерина, витамин В₆
Пириметамин, pyrimethamine; антипротозойный препарат.
 Дараприм, Тиндурин, Хлоридин
Пневмококковая вакцина, pneumococcal vaccine, polyvalent; вакцина. Пневмовакс 23, Пну-Иммун 23
Подофиллин, podophyllin; кератолитическое средство
Подофиллотоксин, podophyllotoxin; кератолитическое средство.
 Кондилин, Кондилоск
Полимиксин В, polymyxin B sulfate; антибиотик, полипептид.
 Аэроспорин, Полифакс
Празиквантел, praziquantel; антигельминтный препарат.
 Билтрицид
Преднизон, prednisone; глюкокортикоид. Делтазон
Преднизолон, prednisolone; глюкокортикоид.
 Декортин, Инфланефран, Преднигексал, Преднол, Преднол-Л, Солю-Декортин, Шеризолон
Примахин, primaquine phosphate; противомаларийный препарат
Пробенецид, probenecid; препарат, замедляющий выведение пенициллинов, гипоурекемическое средство. Бенемид

Прогуанил, proguanil hydrochloride; противомаларийный препарат.
 Палудрин
Прокаин, procaine hydrochloride; местный анестетик. Маркаин, Новокаин
Прокаинбензилпенициллин, penicillin G procaine; антибиотик, природный пенициллин.
 Бензилпенициллина новокаиновая соль, Дурациллин, Новоцин
Пропамидин, propamidine isetionate; антипротозойный препарат. Бролен
Пропафенон, propafenone hydrochloride; антиаритмический препарат.
 Пролокофен, Ритмол, Ритмонорм
Протионамид, prothionamide; антимикробактериальный препарат.
 Тревентикс
Ранитидин, ranitidine hydrochloride; блокатор H₂-рецепторов, противоязвенный препарат.
 Альциблок, Ацидекс, Гистак, Дуоран, Зантак, Зоран, Ментак, Неосептин-Р, Птинолин, Раниберл, Ранигаст, Ранисан, Ранитаб, Ранитал, Ранитард, Ранитин, Рантак, Ренкс, Ринтид, Улькодин
Рибавирин, ribavirin; противовирусный препарат. Виразол
Римантадин, rimantadine hydrochloride; противовирусный препарат.
 Ремантадин, Флумадин
Рифабутин, rifabutin; антибиотик, антимикробактериальный препарат. Ансамидин, Микобутин
Рифампицин, rifampicin; антибиотик, антибактериальный и антимикробактериальный препарат.
 Бенемидин, Р-Цин, Римагтан, Рифадин, Рифамор, Рифампин, Рифодекс, Тибинил, Тубоцин
Рокситромицин, roxithromycin; антибиотик, макролид.
 Рокситем, Рулид
Руфлоксацин, rifloxacin; антимикробный препарат, фторхинолон. Монос
Саперконазол, saperconazole; противогрибковый препарат
Селена сульфид, selenium sulfide; средство против себореи. Сульсен
Серебра нитрат, argentum nitrate; антисептик. Ляпис
Сизомицин, sisomicin sulfate; антибиотик, АГ-АП.
 Сизомин, Патомидин, Экстрамицин
Спектиномицин, spectinomycin hydrochloride; антибиотик, аминоклитол.
 Кирин, Тробицин
Спирамицин, spiramycin; антибиотик, макролид. Ровамицин

Стибглюконат, sodium stibogluconate; антипротозойный препарат.
 Пентостам, Трикостам
Стибофен, stibophen; антипротозойный препарат. Фуадин
Стрептомицин, streptomycin sulfate; антибиотик, аминогликозид, антибактериальный, антимикробактериальный препарат.
 Стрептосалюзид
Сукральфат, sucralfat; противоязвенный препарат. Алсукрал, Андалсин, Вентер, Сукрас, Сукрафил
Сульконазол, sulconazole nitrate; противогрибковый препарат для местного применения. Сулькозин
Сульфадиазин, sulfadiazine; антимикробный препарат, сульфаниламид. Адиазин, Сульфазин
Сульфадиазин серебра, sulfadiazine silver; антимикробный препарат, для местного применения.
 Дермазин, Сульфаргин, Фламмазин
Сульфадимидин, sulfadimidine; антимикробный препарат, сульфаниламид. Сульфадимезин
Сульфамеразин, sulfamerazine; антимикробный препарат, сульфаниламид. Мебацид
Сульфаметизол, sulfamethizole; антимикробный препарат, сульфаниламид. Руфол
Сульфаметоксазол, sulfamethoxazole; антимикробный препарат, сульфаниламид. Гантанол
Сульфапиридин, sulfapyridine; антимикробный препарат, сульфаниламид. Дагенан
Сульфасалазин, sulfasalazine; антимикробный, противовоспалительный препарат.
 Азульфидин, Салазосульфапиридин
Сульфаклорпиридазин, sulfachloropyridazine; антимикробный препарат, сульфаниламид
Сульфациетамид, sodium sulfacetamide; антимикробный препарат, сульфаниламид, для местного применения. Альбуцид, Сульфацид, Сульфацил-натрий
Сульфациллин, sulfaciline; антимикробный препарат, сульфаниламид. Реноквид
Сульфизоксазол, sulfisoxazole; антимикробный препарат, сульфаниламид.
 Гантризин, Сульфафуразол
Сульфизомицин, sulfisomidine; антимикробный препарат, сульфаниламид. Элкозин

Сульфинпиразон, sulfipyrazone; гипоурекемический препарат. Антуран
Сурамин, suramin sodium; антипротозойный препарат. Антрипол
Тейкопланин, telcoplanin; антибиотик, гликопептид. Таргоцид
Теофиллин, theophyllin; бронходилататор, антиастматическое средство.
 Дурофиллин, Ретафил, Тео, Теобиолонг, Теоплюс, Теопэк, Теостат, Теотард, Этифиллин, Эуфилонг
Тербинафин, terbinafine hydrochloride; противогрибковый препарат. Ламизил
Терконазол, terconazole; противогрибковый препарат, для местного применения. Теразол
Терфенадин, terfenadin; антигистаминный препарат.
 Бронал, Рапидал, Ритер, Тамагон, Терфен, Терфед, Терфена форте, Терфена-Сифар, Тофрин, Трексил
Тетрациклин, tetracycline; антибиотик, тетрациклин.
 Ахромицин, Имекс
Тиabendазол, thiabendazole; антигельминтный препарат. Минтезол
Тиамин, thiamine hydrochloride; витамин В₁. Неуро-Ратиофарм, Тиабене
Тикарциллин, ticarcillin disodium; антибиотик, Пен-АП. Тикар
Тикарциллин/клавуланат, ticarcillin disodium/clavulanate potassium; антибиотик, Пен-АП + ингибитор бета-лактамаз. Тиментин
Тинидазол, tinidazole; антипротозойный препарат.
 Тинапорт, Тинимед, Тинисан, Триканикс, Фасижин
Тиоацетазон, thioacetazone; антимикробактериальный препарат.
 Контебен, Тиопарамезон
Тиоконазол, tioconazole; противогрибковый препарат, для местного применения. Вагистат
Тиопентал, thiopental sodium; средство для неингаляционного наркоза.
 Пентотал, Тиопентал-натрий
Тобрамицин, tobramycin; антибиотик, АГ-АП.
 Бруламицин, Небцин, Обрацин, Тобрекс
Токаинид, tocainide hydrochloride; антиаритмический препарат.
 Тоникард
Толнафат, tolnaftate; противогрибковый препарат, для наружного применения.
 Хинофунгин

Третиноин, tretinoin; средство против угрей, для наружного применения. Айрол, Ретин-А

Триамтерен, triamterene; калийсберегающий диуретик. Птерофен

Триамцинолон, triamcinolone; глюкокортикоид. Азмакорт, Берликорт, Делфикорт, Кенакорт, Кеналог, Насакорт, Полькортолон, Триакорт, Трикорт, Фторокорт

Триметоприм, trimethoprim; антибактериальный препарат. Пролоприм, Тримопан, Тримпекс, Триприм

Триметоприм/сульфаметоксазол, co-trimoxazole; антимикробный препарат. Апо-Сульфатрим, Бактекод, Бакторедукт, Бактрим, Берлоцид, Биотрин, Бисептол, Гросептол, Ко-тримоксазол, Котрибене, Котрим, Котримоксазол, Котримол, Ново-тримел, Орибакт, Ориприм, Ранкотрим, Септрин, Синерсул, Сульфатрим, Суметролим, Супракс-Омни, Тримосул, Циплин

Триметрексат, trimetrexate glucuronate; антагонист фолиевой кислоты, антипротозойный препарат. Неутрексин

Трифлуридин, trifluridine; противовирусный препарат, для местного применения. Вироптик

Трихлоруксусная кислота, trichloroacetic acid; кератолитическое средство

Тролеандомицин, troleandomycin; антибиотик, макролид. Тао

Ундециленовая кислота, undecylenic acid; противогрибковый препарат, для наружного применения. Микосептин

Фанзидар, sulfadoxin/pyrimethamine; противомалярийный препарат. Сульфадоксин/пириметамин

Фелодипин, felodipine; гипотензивный препарат, антагонист кальция. Плендил, Ренидил

Фенбуфен, fenbufen; ненаркотический анальгетик, противовоспалительное средство. Буфемид, Цинопал

Фенилэфрин, phenylephrine hydrochloride; α -адреностимулятор. Мезатон

Фенитоин, phenytoin; антиаритмический препарат, противосудорожное средство. Дилантин, Дифантоин, Дифенилгидантоин, Дифенин

Фенобарбитал, phenobarbital; снотворное, седативное, противосудорожное средство, барбитурат. Люминал

Феноксиметилпенициллин, phenoxymethylpenicillin; антибиотик, природный пенициллин. Вегациллин, Клиацил, Оспен, Оспен, Пен-Ос, Пенбене, Пекициллин Фау, Пенициллин V, Фау-циллин

Флуклоксациллин, flucloxacillin; антибиотик, ППен-УП. Флуклоксин, Флупен

Флуконазол, fluconazole; противогрибковый препарат. Дифлюкан, Медофлюкон

Фолиат кальция, calcium folinate; производное фолиевой кислоты, антидот пириметамина и метотрексата. Веллковорин, Кальциумфолинат, Лейковорин

Фоскарнет, foscarnet sodium; противовирусный препарат. Триаптен, Фоскавир

Фосфомицин, fosfomycin; антибиотик. Фосфоцин

Фторурацил, fluorouracil; противоопухолевый препарат, антиметаболит. Флуоро-Урацил, Эфудикс

Фторцитозин, flucytosine; противогрибковый препарат. Анкобон, Анкотил

Фузидиевая кислота, fusidic acid; антимикробный препарат. Фузидин

Фуразолидон, furazolidone; антибактериальный, антипротозойный препарат. Фуроксон

Фуросемид, furosemide; петлевой диуретик. Диуремид, Лазикс, Тасимаид, Урикс, Фрузикс, Фуросемикс, Фурон, Фуросезе

Хинидин-гликолат, quinidine gluconate; противомалярийный препарат, антиаритмический препарат. Хинаглют

Хинин-сульфат, quinine sulfate; противомалярийный препарат. Кoko-Хинин

Хлорамфеникол, chloramphenicol; антибиотик. Берлигетин, Левомецетин, Синтомицин, Хлоромецетин

Хлорохин, chloroquine phosphate; противомалярийный препарат. Арален, Деллагил, Резохин, Хингамин

Хлорпромазин, chlorpromazine hydrochloride; противорвотное средство, нейролептик, производное фенотиазина. Аминазин

Холестирамин, cholestyramine; анионообменная смола, гиполипидемический препарат. Квестран

Цефадроксил, cefadroxil monohydrate; антибиотик, Цеф-1в. Дроксил, Дурацеф, Ибидроксил, Лайдроксил, Цефрадур

Цефазофлур, cefazafur; антибиотик, Цеф-1п

Цефазолин, cefazolin sodium; антибиотик, Цеф-1п. Амзолин, Анцеф, Атралцеф, Ифизол, Кефзол, Лизолин, Оризолин, Прозолин, Рефлин, Сефазол, Тотациф, Цезолин, Цефамезин, Цифоприд

Цефаклор, cefaclor; антибиотик, Цеф-2в. Альфацет, Верцеф, Тарацеф, Цеклор, Цефтор

Цефалексин, cephalexin monohydrate; антибиотик, Цеф-1в. Кефексин, Кефлекс, Клорцеф, Ново-лексин, Орацеф, Оспексин, Палитрекс, Пиассан, Пролексин, Селексин, Сеф, Солексин, Споридекс, Улекс, Цепорекс, Цефабене, Цефадар, Цефаклен, Цефалекс, Цефф

Цефалотин, cephalothin sodium; антибиотик, Цеф-1п. Кефлин, Сеффин

Цефамандол, cefamandole nafate; антибиотик, Цеф-2п. Мандол

Цефепим, cefepime; антибиотик, Цеф-1п

Цефатамет-пивоксил, cefetamet pivoxil hydrochloride; антибиотик, Цеф-3в. Глобоцеф

Цефиксим, cefixime; антибиотик, Цеф-3в. Супракс, Цефспан

Цефметазол, cefmetazole sodium; антибиотик, Цеф-2п. Зефазон, Цефметазон

Цефокситин, cefoxitin sodium; антибиотик, Цеф-2п. Атралкситин, Бонцефин, Мефоксин

Цефоницид, cefonicid sodium; антибиотик, Цеф-2п. Моноцид

Цефоперазон, cefoperazone sodium; антибиотик, Цеф-3п-АП. Дардум, Лоризон, Медоцеф, Цефализон, Цефобид

Цефранид, ceforanide; антибиотик, Цеф-2п. Процеф

Цефотаксим, cefotaxime sodium; антибиотик, Цеф-3п. Кефотекс, Клафоран, Клафотаксим, Оритаксим, Резибелакта, Сефаген, Спиросин, Таксим, Талцеф, Цефаджет, Цефантрал, Цефобакт

Цефотетан, cefotetan disodium; антибиотик, Цеф-2п. Цефотан

Цефпиром, cefpirome; антибиотик, Цеф-4п. Цефром

Цефподоксим, cefpodoxime proxeil; антибиотик, Цеф-3в. Вантин, Орелокс

Цефпрозил, cefprozil; антибиотик, Цеф-2в. Цефзил

Цефрадин, cephradine; антибиотик, Цеф-1. Акспор, Велосеф, Сефрил

Цефсулодин, cefsulodin; антибиотик, Цеф-3п-АП. Цефомонил

Цефтазидим, ceftazidime; антибиотик, Цеф-3п-АП. Амжецефт, Кефадим, Мироцеф, Судоцеф, Тазицеф, Тазидим, Фортас, Фортум

Цефтибутен, ceftibuten; антибиотик, Цеф-3в. Цедекс

Цефтизоксим, ceftiozime sodium; антибиотик, Цеф-3п. Цефизокс, Эпоцелин

Цефтриаксон, ceftriaxone sodium; антибиотик, Цеф-3п. Бетаспорина, Ифицеф, Лендацин, Лонгацеф, Офраммакс, Роцефин, Тороцеф, Цефаксон

Цефутоксим, cefuroxime sodium; антибиотик, Цеф-2п. Аксетин, Анаптиван, Зинацеф, Кетоцеф, Кефурокс, Меноцеф, Мультицеф, Новоцеф, Уцефаксим, Фуроксил

Цефутоксим-аксетил, cefuroxime axetil; антибиотик, Цеф-2в. Зиннат, Меноцеф, Фуроксил, Цефтин

Циклопирокс, cicloglrox olamine; противогрибковый препарат, для местного применения. Батрафен, Лопрокс

Циклосерин, cycloserine; антибиотик, антимикробактериальный препарат. Оксамидин, Серомицин

Циклоспорин, cyclosporine;
иммуносупрессор.
Консупрен, Сандиммун

Циклофосфамид, cyclophosphamide;
противоопухолевый препарат,
алкилирующее средство.

Циклофосфан, Цитоксан, Эндоксан

Циметидин, cimetidine;
блокатор H₂-рецепторов.
Беломет, Гастролит, Гистодил,
Йенаметидин, Нейтронорм,
Ново-циметин, Примамет, Тагамет,
Цемидин, Цигамет, Цимегексаль,
Цимедин, Циметигет, Цинамет

Циноксацин, cinoxacin;
антимикробный препарат, хинолон.
Цинобак

Ципрофлоксацин, ciprofloxacin hydrochloride;
антимикробный препарат,
фторхинолон.
Арфлокс, Афеноксин, Ифиципро,
Квинтор, Лайпроквин, Медоциприн,
Неофлоксин, Проксацин, Сифлокс,
Цепрова, Циллокс, Цилринол, Ципро,
Ципробай, Ципробид, Ципродар,
Ципроквин, Ципроксин, Ципролет,
Ципромед, Цилпронат, Цилпропан,
Ципросан, Ципросол, Ципроцинал,
Цитерал, Цифлозин, Цифран

Цисплатин, cisplatin;
противоопухолевый препарат,
алкилирующее средство.
Бластолам, Онкоплатин, Платамин,
Платидиам, Платимит, Платинол

Эконазол, econazole nitrate;
противогрибковый препарат,
для местного применения.
Гино-Певарил, Певарил, Спектазол,
Экодакс

Эналаприл, enalapril;
ингибитор ангиотензин-
превращающего фермента. Вазотек,
Кальпирен, Оливин, Ренитек, Энам,
Энап, Энавас

Эноксацин, enoxacin;
антимикробный препарат,
фторхинолон.
Гириамид, Пенетрекс

Энфлуран, enfurane;
средство для наркоза.
Алиран, Ингельтран, Этран

Эритромицин, erythromycin;
антибиотик, макролид.
Илотидин, Э-Мицин, Эрацин, Эри-Таб,
Эригексал, Эрик

Эритромицин-глюкопептат, erythromycin gluceptate;
антибиотик, макролид.
Илотидин-глюкопептат,
Эритромицин-глюкопептонат

Эритромицин-лактобионат, erythromycin lactobionate;
антибиотик, макролид.
Лаурилин, Эритроцин в/в

Эритромицин-стеарат, erythromycin stearate;
антибиотик, макролид.
Виамидин, Эрамицин,
Эритроцин-стеарат

Эритромицин-эстолат, erythromycin estolate;
антибиотик, макролид. Илосон

Эритромицин-этилсукцинат, erythromycin ethylsuccinate;
антибиотик, макролид. Эритропед

Эритромицин/сульфизоксазол, erythromycin/sulfisoxazole;
Педиазол, Эризол

Этакриновая кислота, ethacrynic acid;
диуретик. Урегит, Эдекрин

Этамбутол, ethambutol hydrochloride;
антимикобактериальный препарат.
Комбутол, Ли-бутол, Миамбутол,
Микобутол, Темибутол

Этионамид, ethionamide;
антимикобактериальный препарат.
Проницид, Трекатор

Эфлорнитин, efornithine hydrochloride;
антипротозойный препарат. Орнидил

Приложение Б. Торговые названия антимикробных средств

A-200 – пиретрины/липеронил-бутоксид

Абактал – пefлоксацин

Адиазин – сульфадиазин

АДС-анатоксин – анатоксин
дифтерийно-столбнячный

Азагам – азтреонам

Азидотимидин – зидовудин

Азульфидин – сульфасалазин

Айрол – третиноин

АКДС-вакцина – вакцина против
коклюша, дифтерии и столбняка

Аккутан – изотретиноин

Акрихин – мепакрин

Аксетин – цефуроксим

Актамер – битионол

Альбамидин – новобиоцин

Альбуцид – сульфацилтамид

Альфацет – цефаклор

Альферон – интерферон α-п3

Амблхар – нридазол

Амдиноциллин – мециллинам

Амжецефт – цефтазидим

Амзолин – цефазолин

Амикин – амикацин

Амикозид – амикацин

Амин – амоксициллин

Амоклавин – амоксициллин/клавуланат

Амоксиклав – амоксициллин/кла-
вуланат

Амоксил – амоксициллин

Амоксиллат – амоксициллин

Ампик – ампициллин

Ампидил – ампициллин

Амплитал – ампициллин

Анаптиван – цефуроксим

Анквин – норфлоксацин

Анкобон – фторцитозин

Анкотил – фторцитозин

Ансамидин – рифабутин

Анспор – цефрадин

Антепар – пиперазин

Антиминт – пирантел

Антифунгол – клотримазол

Антрипол – сурамин

Анцеф – цефазолин

Апо-Амокси – амоксициллин

Апо-Ампи – ампициллин

Апо-Докси – доксициклин

Апо-Сульфатрим – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Ара-А – видарабин

Арален – хлорохин

Арсобал – меларсопрол

Арфлокс – ципрофлоксацин

Атабрин – мепакрин

Атралкситин – цефокситин

Атралцеф – цефазолин

Аттенувакс – вакцина противокоревой

Аугментин – амоксициллин/клавуланат

Афеноксин – ципрофлоксацин

Ахромицин – тетрациклин

Аэроспорин – полимиксин

Байпен – мезлоциллин

Бактекод – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Бакторедукт – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Бактоцилл – оксациллин

Бактрим – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Бактробан – мупиरोцин

Батрафен – циклопирокс

Бацитин – бацитрацин

Бенемид – пробенецид

Бенемидин – рифампицин

Бензакне – бензоилпероксид

Бензатинпенициллин G – бензатин-
бензилпенициллин

**Бензилпенициллина новокаиновая
соль** – прокаинбензилпенициллин

Берлицетин – хлорамфеникол

Берлоцид – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Бетадин – йод-повидон

Бетамп – ампициллин/сульбактам

Бетаспорина – цефтриаксон

Биаксин – кларитромицин

Биларцил – метрифонат

Билтрицид – празиквантел

Биотрин – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Бисептол – триметоприм/суль-
фаметоксазол

Бициллин – бензатинбензил-
пенициллин

Бонцефин – цефокситин

Бролен – пропамидин

Бруламицин – тобрамицин

Вагистат – тиоконазол

Вайдэкс – диданозин

Ванкоцин – ванкомицин

Вансил – оксамнихин

Вантин – цефподоксим

Вегациллин – феноксиметил-
пенициллин

Велосеф – цефрадин

Вермокс – мебендазол

Верцеф – цефаклор

Виамидин – эритромицин-стеарат

Вибрамицин – доксициклин

Виара-А – видарабин

Виразол – рибавирин

Вирегит – амантадин

Виролекс – ацикловир

Вироптик – трифлуридин

Галотекс – галопрогин

Галфан – галофантрин

Гамма-гексахлорциклогексан – линдан

Гамма-глобулин – иммуноглобулин
 Гаммагард – иммуноглобулин
 Гаммар – иммуноглобулин
 Гантанол – сульфаметоксазол
 Гантризин – сульфизоксазол
 Гарамидин – гентамицин
 Гентацикол – гентамицин
 Геопен для приема внутрь – каринда-циллин
 Геопен – карбенициллин
 Геоциллин – кариндациллин
 Гептавакс В – вакцина против гепатита В
 Герлэкс – ацикловир
 ГИНК – изониазид
 Гино-дактарин – миконазол
 Гино-Певарил – эконазол
 Гипер-Тет – иммуноглобулин противостолбнячный
 Гипераб – иммуноглобулин антирабический
 Гипрэкс – метенамин-гиппурат
 Гиравлок – норфлоксацин
 Гириамид – энноксацин
 Глобоцеф – цефетамет-пивоксил
 Глудантан – амантадин
 Глюкантим – меглумин-антимониат
 Гоноформ – амоксициллин
 Грамодерм – грамицидин
 Гросептол – триметоприм/сульфаметоксазол
 Грунамокс – амоксициллин
 Гуардоцин – нетилмицин
 Дагенан – сульфапиридин
 Дактарин – миконазол
 Далацин – клиндамицин
 Даметин – дегидроэметин
 Данемокс – амоксициллин
 Дараприм – пириетамин
 Дардум – цефоперазон
 Дедоксил – амоксициллин
 Дедомпил – ампициллин
 Декапен – ампициллин
 Декарис – левамизол
 Декломицин – демеклоциклин
 Делагил – хлорохин
 Дендрид – идоксуридин
 Дермазин – сульфадиазин серебра
 Диафенилсульфон – дапсон
 Диглотримазол – клотримазол
 Дидезоксиинозин – диданозин
 Дидезоксицитидин – зальцитабин
 Дийодогидроксиин – йодохинол
 Динапен – диклосациллин
 Дитразин – диэтилкарбамазин
 Дифлюкан – флуконазол
 Доксибене – доксициклин
 Доксибат – доксициклин
 Дроксил – цефадроксил
 Дурацеф – цефадроксил
 Дурациллин – прокаинбензилпенициллин
 ДЭТА – диэтилтолуамид

Заноцин – офлоксацин
 Зентел – альбендазол
 Зефазон – цефметазол
 Зинацеф – цефуроксим
 Зиннат – цефуроксим-аксетил
 Зитромакс – азитромицин
 Зоацид – метронидазол
 Зовиракс – ацикловир
 Зосин – пиперациллин/тазобактам
 Ибидроксил – цефадроксил
 Ивимицин – амикацин
 Изолтил – амоксициллин
 Илосон – эритромицин-эстолат
 Илотицин-глюцептат – эритромицин-глюцептат
 Илотрицин – эритромицин
 Имекс – тетрациклин
 Имидил – клотримазол
 Иммунорон – интерферон γ
 Имогам – иммуноглобулин антирабический
 Имукин – интерферон γ
 Инданилкарбенициллин – каринда-циллин
 Интрон А – интерферон α-2b
 Исилен – пиперациллин
 Ифизол – цефазолин
 Ифиципро – ципрофлоксацин
 Йенамазол – клотримазол
 Йодовидон – йод-повидон
 Йодохин – йодохинол
 Йомесан – никлозамид
 Кавизид – пиразинамид
 Камохин – амодиахин
 Кампициллин – ампициллин
 Кандибене – клотримазол
 Кандид – клотримазол
 Канвстен – клотримазол
 Кантрэкс – канамицин
 Капастат – капреомицин
 Квинолокс – норфлоксацин
 Квинтор – ципрофлоксацин
 Керацид – идоксуридин
 Кетоцеф – цефуроксим
 Кефадим – цефтазидим
 Кефексин – цефалексин
 Кефзол – цефазолин
 Кефлэкс – цефалексин
 Кефлин – цефалотин
 Кефотекс – цефотаксим
 Кефуорокс – цефуороксим
 Кири – спектиномицин
 Клавоцин – амоксициллин/клавуланат
 Клафоран – цефотаксим
 Клафотаксим – цефотаксим
 К्लाцид – кларитромицин
 Клеоцин – клиндамицин
 Клиацил – феноксиметилпенициллин
 Климицин – клиндамицин
 Клиндацин – клиндамицин
 Клинокцин – клиндамицин
 Клион – метронидазол

Клобекс – клоксацциллин
 Клорцеф – цефалексин
 Ко-тримоксазол – триметоприм/сульфаметоксазол
 Коко-Хинин – хинин-сульфат
 Колимицин М – колистин-мезилат
 Колимицин С – колистин
 Коллестиметат – колистин-мезилат
 Комбутол – этамбутол
 Кондили – подофиллотоксин
 Кондилоск – подофиллотоксин
 Контебен – тиаоцетазон
 Котрибене – триметоприм/сульфаметоксазол
 Котрим – триметоприм/сульфаметоксазол
 Котримоксазол – триметоприм/сульфаметоксазол
 Котримол – триметоприм/сульфаметоксазол
 Лайдроксил – цефадроксил
 Лайпроквин – ципрофлоксацин
 Ламизил – тербинафин
 Лампит – нифуртимокс
 Лампрен – клофазимин
 Ланиазид – изониазид
 Лариам – мепфлохин
 Лаурилин – эритромицин-лактобионат
 Левомидецетин – хлорамфеникол
 Лендацин – цефтриаксон
 Ли-бутол – этамбутол
 Лизолин – цефазолин
 Ликацин – амикацин
 Линкоцин – линкомицин
 Линоцин – линкомицин
 Лонгацеф – цефтриаксон
 Лопрокс – циклопирокс
 Лорабид – лоракарбеф
 Лорафем – лоракарбеф
 Лоризон – цефоперазон
 Лотримин – клотримазол
 Ляпис – серебра нитрат
 Макродантин – нитрофурантоин
 Максаквин – ломефлоксацин
 Манделамин – метенамин-манделат
 Мандол – цефамандол
 Мебадин – дегидроэметин
 Мебацид – сульфамеразин
 Медоглицин – линкомицин
 Медомицин – доксициклин
 Медофлюкон – флуконазол
 Медоцеф – цефоперазон
 Медоциприн – ципрофлоксацин
 Мезлин – мезлоциллин
 Мектизан – ивермектин
 Менефлоск – офлоксацин
 Меноцеф – цефуороксим
 Меноцеф – цефуороксим-аксетил
 Мепрон – атоваквон
 Мөррем – меропенем
 Месциллин – ампициллин
 Метрогил – метронидазол
 Мефоксин – цефокситин

Миамбутол – этамбутол
 Мидантан – амантадин
 Микацин – амикацин
 Микобутин – рифабутин
 Микобутол – этамбутол
 Микосептин – ундециленовая кислота
 Микостатин – нистатин
 Миноцин – миноциклин
 Минтезол – тиабендазол
 Мироцеф – цефтазидим
 Мицелекс – клотримазол
 Моксалактам – латамоксеф
 Молевак – пиривиний
 Монистат – миконазол
 Мономицин – паромомицин
 Монос – руфлоксацин
 Моноцид – цефеницид
 Мультисеф – цефуороксим
 Налицид – налидиксовая кислота
 НебуПент – пентамидин
 Небцин – тобрамицин
 Невиграмон – налидиксовая кислота
 Негафлоск – норфлоксацин
 Неграм – налидиксовая кислота
 Нелорен – линкомицин
 Неофлоскин – ципрофлоксацин
 Нетромицин – нетилмицин
 Неутрэксин – триметрексат
 Нидазол – метронидазол
 Нидразид – изониазид
 Низорал – кетоконазол
 Никс – перметрин
 Нилстат – нистатин
 Ниттифор – перметрин
 Ново-лексин – цефалексин
 Ново-тримел – триметоприм/сульфаметоксазол
 Новоцеф – цефуороксим
 Новоцин – прокаинбензилпенициллин
 Нолицин – норфлоксацин
 Норбактин – норфлоксацин
 Норилет – норфлоксацин
 Нормакс – норфлоксацин
 Нороксин – норфлоксацин
 Норфлоск – норфлоксацин
 Обрацин – тобрамицин
 Овид – малатион
 Овис – клотримазол
 Оксамицин – циклосерин
 Оксистал – оксиконазол
 Омнипен – ампициллин
 Орацеф – цефалексин
 Орвагил – метронидазол
 Орелокс – цефподоксим
 Орибакт – триметоприм/сульфаметоксазол
 Оризолин – цефазолин
 Ориприм – триметоприм/сульфаметоксазол
 Оритаксим – цефотаксим
 Орнидил – эфлорнитин
 Ороназол – кетоконазол
 Орунгал – итраконазол

Оспамокс – амоксициллин
 Ослексин – цефалексин
 Оспен – феноксиметилпенициллин
 Оспен – феноксиметилпенициллин
 Офрамекс – цефтриаксон
 Офтан Иду – идоксуридин
 П.Т.Б. – пиразинамид
 Палитрекс – цефалексин
 Палудрин – прогуанил
 Памизил – аминосалицилат
 ПАСК – аминосалицилат
 Патомицин – сизомицин
 Певарил – эконазол
 Педиазол – эритромицин/сульфазолин
 Пен-Ос – феноксиметилпенициллин
 Пенбак – бакампциллин
 Пенбене – феноксиметилпенициллин
 Пенбринтин – ампициллин
 Пенглоб – бакампциллин
 Пенетрекс – энкоксацин
 Пенициллин G – бензилпенициллин
 Пенициллин V – феноксиметилпенициллин
 Пенициллин Фау – феноксиметилпенициллин
 Пентакаринат – пентамидин
 Пентам – пентамидин
 Пентарцин – ампициллин
 Пентостам – стибоглюконат
 Пентрексил – ампициллин
 Перти – пемфосацин
 Пефлацин – пемфосацин
 Пиассан – цефалексин
 Пизина – пиразинамид
 Пимарицин – натамицин
 Пимафуцин – натамицин
 Пиопен – карбенциллин
 Пипракс – пиперацillin
 Пипрацил – пиперацillin
 Пиприл – пиперацillin
 Пирвиниум – пирвиний
 Пиринат – пиретрины/пиперонил-бутоксид
 Пиркон – пирвиний
 Плаквенил – гидроксихлорохин
 Пневмовакс 23 – пневмококковая вакцина
 Пну-Иммун 23 – пневмококковая вакцина
 Полимиксин Е – колистин
 Полифакс – полимиксин
 Полициллин – ампициллин
 Примаксин – имипенем/циластатин
 Прозолин – цефазолин
 Проксацин – ципрофлоксацин
 Пролексин – цефалексин
 Пролоприм – триметоприм
 Проницид – этионамид
 Простафлин – оксациллин
 Протамет – метронидазол
 Процеф – цефторанид
 Р-Цин – рифампицин

Радинил – бензидазол
 Ранкотрим – триметоприм/сульфаметоксазол
 Резибелакта – цефотаксим
 Резохин – хлорохин
 Рекомбивакс НВ – вакцина против гепатита В
 Ремантадин – римантадин
 Реноквид – сульфацин
 Рентрексин – ампициллин
 Ретарпен – бензатинбензилпенициллин
 Ретин-А – третиноин
 Ретровир – зидовудин
 Рефлин – цефазолин
 Римактан – рифампицин
 Рифадин – рифампицин
 Рифамор – рифампицин
 Рифампин – рифампицин
 Рифодекс – рифампицин
 Роаккутан – изотретиноин
 Ровамицин – спирамицин
 Рокситем – рокситромицин
 Росциллин – ампициллин
 Роцефин – цефтриаксон
 Рулид – рокситромицин
 Руфол – сульфаметизол
 Салазосульфацилпиринидин – сульфасалазин
 Сандоглобулин – иммуноглобулин
 Секуропен – азлоциллин
 Селексид – пивмециллин
 Селемицин – амикацин
 Селексин – цефалексин
 Септизол – гексахлорофен
 Септопал – гентамицин
 Септрин – триметоприм/сульфаметоксазол
 Серомицин – циклосерин
 Сеф – цефалексин
 Сефаген – цефотаксим
 Сефазол – цефазолин
 Сефрил – цефрадин
 Сеффин – цефалотин
 Сизомин – сизомицин
 Симметрел – амантадин
 Синерсул – триметоприм/сульфаметоксазол
 Синтомицин – хлорамфеникол
 Сифлокс – ципрофлоксацин
 Скинорен – азелаиновая кислота
 Солексин – цефалексин
 Софазин – норфлоксацин
 Спектазол – эконазол
 Спектробид – бакампциллин
 Спиросин – цефотаксим
 Споранокс – итраконазол
 Споридекс – цефалексин
 Стандациллин – ампициллин
 Стоксил – идоксуридин
 Стрептосалицид – стрептомицин
 Судоцеф – цефтазидим
 Сулькозин – сульконазол
 Сульфадимезин – сульфадимидин

Сульфадоксин/пириметамин – фанзидар
 Сульфазин – сульфадиазин
 Сульфамилон – мафенид
 Сульфаргин – сульфадиазин серебра
 Сульфатрим – триметоприм/сульфаметоксазол
 Сульфазуразол – сульфизоксазол
 Сульфацил-натрий – сульфацил-натрий
 Сумамед – азитромицин
 Суметролим – триметоприм/сульфаметоксазол
 Супракомбин – триметоприм/сульфаметоксазол
 Супракс – цефиксим
 Супрациллин – доксициклин
 Тазидим – цефтазидим
 Тазицеф – цефтазидим
 Тазоцин – пиперацillin/тазобактам
 Тайсил – амоксициллин
 Таксим – цефотаксим
 Талцеф – цефотаксим
 Тао – тропеандомицин
 Тарацеф – цефаклор
 Таргоцид – тейкопланин
 Таривид – офлоксацин
 Тегопен – клоксацillin
 Темибутол – этамбутол
 Теразол – терконазол
 Террамицин – окситетрациклин
 Тиберал – орнидазол
 Тибинил – рифампицин
 Тиенам – имипенем/циластатин
 Тизамид – пиразинамид
 Тикар – тикарциллин
 Тимазид – зидовудин
 Тиментин – тикарциллин/квалуланат
 Тинапорт – тинидазол
 Тиндури – пириметамин
 Тинимед – тинидазол
 Тинисан – тинидазол
 Тиопарамезон – тиацетазон
 Тобрек – тобрамицин
 Тороцеф – цефтриаксон
 Тотцеф – цефазолин
 Тревентикс – протионамид
 Трекатор – этионамид
 Три-Иммунол – вакцина против коклюша
 Триаптен – фоскарнет
 Триканикс – тинидазол
 Трикостам – стибоглюконат
 Тримопан – триметоприм
 Тримосул – триметоприм/сульфаметоксазол
 Тримпекс – триметоприм
 Триприм – триметоприм
 Трихазол – метронидазол
 Трихопол – метронидазол
 Тробицин – спектиномицин
 Тубазид – изониазид
 Тубопас – аминосалицилат

Тубоцин – рифампицин
 Улекс – цефалексин
 Уназин – ампициллин/сульбактам
 Уцефаксим – цефуроксим
 Фактодин – клотримазол
 Фарциллин – амикацин
 Фасижин – тинидазол
 Фау-циллин – феноксиметилпенициллин
 Фемстат – бутконазол
 Филмет – метронидазол
 Флавохин – амодиахин
 Флагил – метронидазол
 Фламмазин – сульфадиазин серебра
 Флемоксин Солотаб – амоксициллин
 Флу-Иммун – вакцина противогриппозная
 Флузон – вакцина противогриппозная
 Флуклоксин – флулоксацillin
 Флумадин – римантадин
 Флуоген – вакцина противогриппозная
 Флупен – флулоксацillin
 Фортаз – цефтазидим
 Фортрацин – бацитрацин
 Фортум – цефтазидим
 Фоскавир – фоскарнет
 Фосфоцин – фосфомицин
 Фуадин – стибофен
 Фузидин – фузидиевая кислота
 Фульвицин – гризеофульвин
 Фунгизид – клотримазол
 Фунгизон – амфотерицин В
 Фунгилин – амфотерицин В
 Фурадонин – нитрофурантоин
 Фурамид – дилоксанид-фураат
 Фуроксил – цефуроксим
 Фуроксил – цефуроксим-аксетил
 Фуроксон – фуразолидон
 Хивид – зальцитабин
 Хиконцил – амоксициллин
 Хинаглют – хинидин-гликолат
 Хинакрин – мепакрин
 Хингамин – хлорохин
 Хинофунгин – толнафат
 Хлоридин – пириметамин
 Хлоромидетин – хлорамфеникол
 Хуматин – паромомицин
 Цедекс – цефтибутен
 Цезолин – цефазолин
 Цеклор – цефаклор
 Цепорекс – цефалексин
 Цепрова – ципрофлоксацин
 Цефабене – цефалексин
 Цефадар – цефалексин
 Цефаджет – цефотаксим
 Цефадил – цефалирин
 Цефаклен – цефалексин
 Цефаксон – цефтриаксон
 Цефалекс – цефалексин
 Цефамезин – цефазолин
 Цефантрал – цефотаксим
 Цефализон – цефоперазон
 Цефатрексил – цефалирин

Цефзил – цефprozил
 Цефизокс – цефтизоксим
 Цефметазон – цефметазол
 Цефобакт – цефотаксим
 Цефобид – цефоперазон
 Цефомонил – цефсулодин
 Цефотан – цефотетан
 Цефрадур – цефрадроксил
 Цефром – цефпиром
 Цефспан – цефиксим
 Цефтин – цефуроксим-аксетил
 Цефтор – цефаклор
 Цефф – цефалексин
 Цикловир – ацикловир
 Цимевен – ганцикловир
 Цинобак – циноксацин
 Циплин – триметоприм/суль-
 фаметоксазол
 Циплокс – ципрофлоксацин
 Ципринол – ципрофлоксацин
 Ципро – ципрофлоксацин
 Ципробай – ципрофлоксацин
 Ципробид – ципрофлоксацин
 Ципродар – ципрофлоксацин
 Ципроквин – ципрофлоксацин
 Ципроксин – ципрофлоксацин
 Ципролет – ципрофлоксацин
 Ципромед – ципрофлоксацин
 Ципронат – ципрофлоксацин
 Ципропан – ципрофлоксацин
 Ципросан – ципрофлоксацин
 Ципросол – ципрофлоксацин
 Ципроцинал – ципрофлоксацин
 Цитерал – ципрофлоксацин
 Цитовен – ганцикловир

Цифлозин – ципрофлоксацин
 Цифоприд – цефазолин
 Цифран – ципрофлоксацин
 Э-Мицин – эритромицин
 Э-мокс – амоксициллин
 Экзодерил – нафтифин
 Экодакс – эконазол
 Экстенциллин – бензатинбензил-
 пенициллин
 Экстрамицин – сизомицин
 Элимит – перметрин
 Элкозин – сульфизомидин
 Эпикоциллин – ампициллин
 Эпоцелин – цефтизоксим
 Эрамицин – эритромицин-стеарат
 Эрацин – эритромицин
 Эргамизол – левамизол
 Эри-Таб – эритромицин
 Эригексал – эритромицин
 Эризол – эритромицин/сульфизоксазол
 Эрик – эритромицин
 Эритромицин-глюкогептонат – эритро-
 мицин-глюцелат
 Эритропад – эритромицин-этилсукцинат
 Эритроцин в/в – эритромицин-
 лактобионат
 Эритроцин-стеарат – эритромицин-
 стеарат
 Этидоксин – доксициклин
 Эуракс – кротамитон
 Эфлоран – метронидазол
 Юнидокс – доксициклин
 Юнилен – нафциллин
 Ютибид – норфлоксацин

Предметный указатель

Аборт
 септический 46
 Абсцесс
 головного мозга 64-65
 легких 34, 75
 молочной железы 36
 окололгочного пространства 16
 паранефральный 38
 печени 41, 126
 поддиафрагмальный 41
 поджелудочной железы 41
 подпеченочный 41
 селезенки 50
 труб и яичников 47
 Азитромицин 97
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 82, 85
 Азтреонам 96
 антимикробный спектр 78
 у беременных 166
 у детей 160
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 82, 85
 Актиномикоз 104
 Альбендазол 136
 фармакокинетика 86
 Альвеококк 141
 Амантадин 144
 у беременных 167
 у детей 160
 лекарственные взаимодействия 180
 при почечной недостаточности 179
 фармакокинетика 83, 86
 Амикацин 95, 124
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 160
 лекарственные взаимодействия 180
 при почечной недостаточности 175, 179
 фармакокинетика 82, 85
 Аминогликозиды 95-96. См. также
 отдельные препараты
 лекарственные взаимодействия 180
 Аминосалицилат 124
 Амнионит 46
 Амоксициллин 87
 антимикробный спектр 78
 у детей 160
 лекарственные взаимодействия 180
 при почечной недостаточности 173
 фармакокинетика 81, 84
 Амоксициллин/клавуланат 88
 антимикробный спектр 78
 у детей 160
 фармакокинетика 81, 84
 Ампициллин 87
 антимикробный спектр 78
 у детей 160
 лекарственные взаимодействия 180

при почечной недостаточности 173
 фармакокинетика 81, 84
 Ампициллин/сульбактам 88
 антимикробный спектр 78
 у детей 160
 фармакокинетика 81, 84
 Амфотерицин В 112
 у беременных 166
 лекарственные взаимодействия 180
 при почечной недостаточности 177
 фармакокинетика 86
 Апластический криз 142
 Артрит, инфекционный 60-61, 76
 Аскаридоз 136
 Аспергиллез 104
 Аспирационная пневмония 34
 Атипичные микобактерии 119-120
 Атоваквон 132
 лекарственные взаимодействия 181
 фармакокинетика 86
 Ацикловир 144-146
 у беременных 167
 у детей 160
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 179
 фармакокинетика 83, 86

Бабезиоз 133
 Бакампициллин 87
 лекарственные взаимодействия 181
 фармакокинетика 81, 84
 Бактериemia 75
 Бактериурия 39
 Баланит 49
 Бациллярный ангиоматоз 22
 Бацитрацин 99
 у детей 160
 Бензатинбензилпенициллин 87
 у детей 160
 фармакокинетика 84
 Бензилпенициллин 87
 антимикробный спектр 78
 у детей 160
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 173
 фармакокинетика 81, 84
 Бензидазол 134
 Бешенство 189
 Битионол 140
 Бластомикоз 104
 Блефарит 12
 Бородавки 42, 142, 148
 Ботулизм 54
 Бронхиолит 29
 Бронхит 29
 Бруцеллез 54, 76
 Брюшной тиф 56, 75
 Бурсит, инфекционный 62
 Бутоконазол 112

Вагинит 48

Вагиноз 48
 Вакцинация 187
 против бешенства 189
 против столбняка 188
 Ванкомицин 98
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 160
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 83, 85
 Венерическая гранулема 45, 76
 Ветряная оспа 142, 145-146
 Вирусы
 герпесвирус обезьян 142, 146
 гепатита В 142, 149,
 гепатита С 142, 149
 гриппа 142
 иммунодефицита человека 143,
 147-148, 151
 крымской геморрагической
 лихорадки 142
 Ласса 142
 Мачupo 142
 папилломы человека 142
 парвовирус 142
 простого герпеса 142, 144-145
 респираторный синцитиальный 142
 хантавирусы 142
 Хунин 142
 цитомегаловирус 142, 146, 150
 varicella zoster 142, 145-146
 Власоглав 136
 Возвратный эпидемический тиф 56
 Газовая гангрена – см. Гангрена
 Галофантрин 130
 Гангрена
 газовая 39, 75
 симбиотическая Милани – см.
 Некротический фасциит
 Фурнье – см. Некротический фасциит
 Ганцикловир 146
 у беременных 167
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 179
 фармакокинетика 83, 86
 Гастрит 19
 Гастроэнтерит у детей 19
 Геморрагические буллезные
 поражения кожи 24
 Геморрагические лихорадки
 аргентинская 142, 150
 боливийская 142, 150
 корейская 142, 150
 крымская 142, 150
 Гентамицин 95
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 175, 179
 фармакокинетика 82, 85
 Гепатит, хронический 142, 149
 Герпес 142, 144, 145, 146
 Герпесвирус обезьян 142, 146

Гистоплазмоз 105
 Гонорея 42-43, 76
 Гризеофульвин 112
 у беременных 166
 Грипп 142
 профилактика 144
 Дактриоцистит 12
 Дапсон 124
 у беременных 167
 лекарственные взаимодействия 181
 фармакокинетика 86
 Дегидроэметин 126
 Дерматофития 105-106
 Диарея 17-19
 путешественников 17
 профилактика 152
 при СПИДе 19
 Дивертикулит 20
 Диданозин 143, 147
 у беременных 167
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 179
 фармакокинетика 83, 86
 Дизентерия
 амебная 18, 126
 бактериальная 75
 Диклосациллин 89
 антимикробный спектр 78
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 173
 фармакокинетика 81, 84
 Дилоксанид-фураат 126
 Дифтерия 16, 75
 Диэтилкарбамазин 137
 Доксциклин 98
 антимикробный спектр 79
 у детей 161
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 83, 85
 Зальцитабин 143, 147
 у беременных 167
 лекарственные взаимодействия 181
 фармакокинетика 83, 86
 Зидовудин 143, 148
 у беременных 167
 лекарственные взаимодействия 181
 при почечной недостаточности 179
 фармакокинетика 83, 86
 Ивермектин 137
 у беременных 167
 Изнасилование
 профилактика инфекций 154
 Изониазид 122
 у беременных 167
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 182
 при почечной недостаточности 178
 фармакокинетика 86
 Имипенем/циластатин 94
 антимикробный спектр 78
 у беременных 166
 у детей 161

лекарственные взаимодействия 182
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 82, 85
 Иммунизация 187
 против бешенства 189
 против столбняка 188
 Иммунодефицит
 профилактика инфекций 152
 Импетиго 24
 Интерферон α -n3 148-149
 Интерферон α -2b 148-149
 Инфекционный эндокардит 51-53, 76
 профилактика 158-159
 Инфицированная рана 23, 25
 профилактика столбняка 188
 Итраконазол 113
 у беременных 166
 лекарственные взаимодействия 182
 при почечной недостаточности 178
 фармакокинетика 86
 Йодид калия 113
 Йодохинол 126
 Кавасаки болезнь 54
 Каналикулит 12
 Канамицин 95
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 лекарственные взаимодействия 182
 при почечной недостаточности 175, 179
 фармакокинетика 82, 85
 Кандидоз 106-108
 Капилляриоз, кишечный 137
 Капреомицин 124
 фармакокинетика 86
 Карбапенемы 94. См. также
 Имипенем/циластатин
 Кариндациллин 102
 фармакокинетика 81, 84
 Катетерная инфекция 59
 Кератит 13, 142, 145
 Кесарево сечение
 профилактика инфекций 156
 Кетоконазол 113
 у беременных 166
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 182
 фармакокинетика 86
 Кларитромицин 97
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 182
 при почечной недостаточности 177
 фармакокинетика 82, 85
 Клиндамицин 97
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 183
 при почечной недостаточности 177
 фармакокинетика 82, 85
 Клоксациллин 89
 антимикробный спектр 78
 у детей 161

лекарственные взаимодействия 183
 фармакокинетика 81, 84
 Клотримазол 112
 Клофазимин 124
 Коклюш 35
 профилактика 152
 Кокцидиоидомикоз 108-109
 Колистин
 у детей 161
 Колистин-мезилат 99
 у детей 161
 Колит 17, 18, 19
 неспецифический язвенный 20
 псевдомембранозный 17, 18
 Кондиломы 142, 148, 149
 Конъюнктивит 12-13
 новорожденных 13
 Кошачьей царапины болезнь 36
 Кривоголовки 136
 Криптококкоз 109
 Лаймская болезнь 54-55, 76
 Ларингит 16
 Ласская лихорадка 142, 150
 Латмоксеф 80
 у беременных 166
 лекарственные взаимодействия 186
 Левамизол 136
 Легионеллез 15
 Лейшманиоз 134
 Лептоспироз 40, 68
 Лимфаденит 35-36
 Лимфоидная интерстициальная
 пневмония 33
 Линдан 141
 Линкомицин 98
 лекарственные взаимодействия 183
 Лихорадки, геморрагические 142, 150
 Лоаоз 137
 Ломефлоксацин 99
 антимикробный спектр 78
 лекарственные взаимодействия 185
 фармакокинетика 83, 85
 Лоракарбеф 93
 антимикробный спектр 77
 у детей 161
 фармакокинетика 82, 84
 Лямблиоз 127
 Мадуромикоз 110
 Макролиды 97. См. также
 отдельные препараты
 Малярия 128-131
 Мастит 36
 Мастоидит 64
 Мебендазол 136
 у беременных 167
 Мезлоциллин 88
 антимикробный спектр 78
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 183
 при почечной недостаточности 173
 фармакокинетика 81, 84
 Меларсопрол 135
 Менингит 65-68, 76
 профилактика 152, 153

зоинофильный 136
 Мелаптин 127
 Метенамин 102
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 183
 Метронидазол 100, 126
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 183
 при почечной недостаточности 177
 фармакокинетика 83, 85
 Мефлохин 128
 у беременных 167
 лекарственные взаимодействия 183
 фармакокинетика 86
 Микобактерии, атипичные 119-120
 Миконазол 112, 113
 Микроспоридии 127
 Миноциклин 99
 антимикробный спектр 79
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 83, 86
 Мисозит гнойный 39
 Монобактамы 96. См. также Азтреонам
 Мононуклеоз, инфекционный 16
 Мочевыводящие пути 37-39,
 102-103, 153
 профилактика инфекций 153
 Муковисцидоз 35
 Мухоморикоз 110
 Мулипроцин 100
 Мягкий шанкр 45
 Налидиксовая кислота 102
 Нафциллин 89
 антимикробный спектр 78
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 183
 при почечной недостаточности 174
 фармакокинетика 81, 84
 Негонококковый уретрит 43
 Некротический фасциит 25
 при сахарном диабете 60
 Нематоды 136-139
 Неомицин 96
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 180
 фармакокинетика 82
 Неспецифический язвенный колит 20
 Нетилмицин 96
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 161
 лекарственные взаимодействия 180
 при почечной недостаточности 175
 фармакокинетика 82, 85
 Нистатин 113
 Нитрофурантоин 102
 антимикробный спектр 79
 у беременных 166
 у детей 162
 лекарственные взаимодействия 183
 при почечной недостаточности 177
 Нифуртимокс 134
 Новобиоцин 98

Нокардиоз 110
 Норфлоксацин 102
 антимикробный спектр 79
 лекарственные взаимодействия 183
 фармакокинетика 83, 85
 Обструкция общего желчного протока 21
 Одонтогенная инфекция 50
 Ожоги 23
 Озена 75
 Оксациллин 89
 антимикробный спектр 78
 у детей 162
 фармакокинетика 81, 84
 Окситетрациклин 98
 Онихомикоз 106
 Опоясывающий лишай 142, 145
 Орнидазол 126
 Орхит 49
 Остеомиелит 27-29, 75
 Отит
 наружный 62
 средний 62-63, 76
 профилактика 155
 Офлоксацин 99, 124
 антимикробный спектр 78
 лекарственные взаимодействия 183
 при почечной недостаточности 176
 фармакокинетика 83, 85
 Панкреатит 41
 Папилломатоз гортани, у детей 142
 Паракoccидиоидомикоз 110
 Паранефральный абсцесс 38
 Парапроктит 20
 Парвовирус 142
 Паромомицин 126
 Паронихия 21
 Паховая гранулема 46
 Педикулез 46, 141
 Пенициллины 87-89. См. также
 отдельные препараты
 у беременных 166
 десенсибилизация 171
 лекарственные взаимодействия
 180, 183
 Пентамидин 133
 у беременных 167
 при почечной недостаточности 178
 фармакокинетика 86
 Перикардит, гнойный 53
 Перитонит 11
 при перитонеальном диализе 11, 172
 Перметрин 141
 Пефлоксацин
 антимикробный спектр 78
 лекарственные взаимодействия 183
 фармакокинетика 83, 85
 Пиелонефрит 38, 76
 Пиперазин 136
 лекарственные взаимодействия 183
 у детей 162
 Пиперацillin 88
 антимикробный спектр 78
 у детей 162
 лекарственные взаимодействия 183

при почечной недостаточности 174
 фармакокинетика 81, 84
 Пиперацillin/тазобактам 89
 антимикробный спектр 78
 фармакокинетика 81, 84
 Пиразинамид 122
 у беременных 167
 у детей 162
 при почечной недостаточности 178
 фармакокинетика 86
 Пирантел 136
 Пирвиний
 у детей 162
 Пиретрины 141
 Пириметамин 131
 у беременных 167
 при почечной недостаточности 178
 фармакокинетика 86
 Пневмония 30-33, 75
 аспирационная 34
 у взрослых 31-32
 у детей 20
 лимфоидная интерстициальная 33
 пневмоцистная 75, 132-133
 посттриппозная 32
 профилактика 153
 при СПИДе 33
 Поддиафрагмальный абсцесс 41
 Подофиллин 149
 Подофиллотоксин 149
 Подпеченочный абсцесс 41
 Полимиксин 99
 фармакокинетика 83, 86
 Полипептидные антибиотики 99. См.
 также отдельные препараты
 Постгонококковый уретрит 43
 Празиквантел 139
 у беременных 167
 у детей 162
 фармакокинетика 86
 Примахин 130
 у беременных 167
 лекарственные взаимодействия 183
 Проказа 120-121
 Проктит 18
 Пролежень 24
 Простатит 49-50, 76
 Псевдомембранозный колит 17, 18, 75
 Пятнистая лихорадка
 Скалистых гор 56, 76
 Раневая инфекция 23, 25
 профилактика столбняка 188
 Ревматизм 56
 критерии Джонса 190
 профилактика 154
 Респираторный синцитиальный вирус
 142, 150
 Ретинит 13-14, 142, 150
 Рибавирин 150
 Риккетсиозы 56
 Римантадин 149
 у беременных 167
 у детей 162
 лекарственные взаимодействия 184
 фармакокинетика 83

Риносклерома 75
 Рифабутин 124
 фармакокинетика 86
 Рифампицин 123
 антимикробный спектр 79
 у беременных 167
 у детей 162
 лекарственные взаимодействия 184
 при почечной недостаточности 178
 фармакокинетика 83, 86
 Ришта 137
 Рожа 23-24
 Руфлоксацин 99
 антимикробный спектр 78
 фармакокинетика 83, 85
 Сальпингит 47
 Сепсис 56-58
 билиарный 21
 Серповидноклеточная анемия
 профилактика инфекций 154
 Сибирская язва 22
 Сизомицин
 лекарственные взаимодействия 184
 Синдром приобретенного
 иммунодефицита 143, 147-148
 профилактика 151
 Синдром токсического шока 58
 Синусит 40, 76
 Сифилис 43-45
 Слоновая болезнь 137
 Сонная болезнь 135
 Спектиномицин 96
 Спленэктомия
 профилактика инфекций 154
 Споротрихоз 111
 Стафилококковые инфекции
 профилактика 155
 токсический шок 58
 Стибоглюконат 134
 Столбняк 54
 профилактика 188
 Стоматит 50
 Стрептококковые инфекции
 профилактика 155
 токсический шок 58
 Стрептомицин 96, 122
 у беременных 167
 у детей 162
 лекарственные взаимодействия 184
 при почечной недостаточности 175, 179
 фармакокинетика 86
 Стронгилоидоз 136
 Субдуральная эмпиема 65
 Сульфаниламиды 103. См. также
 отдельные препараты
 у беременных 166
 лекарственные взаимодействия 184
 Сульфизоксазол
 у детей 162
 при почечной недостаточности 177
 Сурамин 135
 Сыпной тиф 56
 Тейкоплагин 100
 антимикробный спектр 79

при почечной недостаточности 177
фармакокинетика 83, 86
Тербинафин 113
Терконазол 112
Тетрациклин 98
у детей 162
при почечной недостаточности 176
фармакокинетика 86
Тетрациклины 98-99. См. также
отдельные препараты
у беременных 166
лекарственные взаимодействия 184
Тиabendазол 136
лекарственные взаимодействия 184
Тикарциллин 88
антимикробный спектр 78
у детей 162
лекарственные взаимодействия 184
при почечной недостаточности 174
фармакокинетика 81, 84
Тикарциллин/клавуланат 89
у детей 162
антимикробный спектр 78
фармакокинетика 81, 84
Тинидазол 126
Тисацетазон 125
фармакокинетика 86
Тиоконазол 112
Тобрамицин 96
антимикробный спектр 79
у беременных 166
у детей 162
лекарственные взаимодействия 184
при почечной недостаточности 175, 179
фармакокинетика 82, 85
Токсического шока синдром 58
Токсокароз 138
Токсоплазмоз 131-132
Тонзиллит 15-16, 75
Трахома 13
Трематоды 139-140
Триметоприм 103
антимикробный спектр 79
у беременных 166
лекарственные взаимодействия 185
при почечной недостаточности 177
Триметоприм/сульфаметоксазол 101
антимикробный спектр 79
у детей 162
при инфекциях мочевыводящих путей
103
лекарственные взаимодействия 185
фармакокинетика 83, 86
Трипаносомоз 134-135
Трифлуридин 150
Трихинеллез 138
Трихостронгилез 136
Тролеандомицин 101
Тромбоз кавернозных синусов 60
Тромбофлебит малого таза,
септический 60
Тропическая легочная зоонофия 138
Туберкулез 115-119
Туберкулиновая проба 116
Тубоовариальный абсцесс 47
Туляремия 76

Угри
обыкновенные 21-22
розовые 22
Уиппла болезнь 20
Укусы 26-27
профилактика бешенства 189
Уретрит 37, 42, 43, 76
негонококковый 43
постгонококковый 43
Фарингит 15-16, 75
Феноксиметилпенициллин 87
антимикробный спектр 78
у детей 162
фармакокинетика 81, 84
Филляриоз 137-138
Флуфлоксациллин 89
фармакокинетика 81, 84
Флуконазол 114
у беременных 167
у детей 162
лекарственные взаимодействия 185
при почечной недостаточности 178
фармакокинетика 86
Фоскарнет 150
у беременных 167
лекарственные взаимодействия 185
при почечной недостаточности 179
фармакокинетика 86
Фосфомидин
фармакокинетика 83, 86
Фторхинолоны 99-100. См. также
отдельные препараты
у беременных 166
лекарственные взаимодействия 185
Фторцитозин 114
у беременных 167
при почечной недостаточности 178
фармакокинетика 86
Фузидиевая кислота 101
антимикробный спектр 79
фармакокинетика 83, 86
Фуразолидон 127
Фурункулез 22
Фурункулы 22
Хантавирусный легочный синдром
31, 142
Хантавирусы 142
Хинидин 131
Хинин 130
у беременных 167
лекарственные взаимодействия 185
Хирургические вмешательства,
профилактика инфекций 156-157
Хлорамфеникол 98
антимикробный спектр 79
у беременных 166
у детей 163
лекарственные взаимодействия 185
при почечной недостаточности 177
фармакокинетика 83, 86
Хлорохин 128
у беременных 167
у детей 163

лекарственные взаимодействия 185
при почечной недостаточности 178
Холангит 21
Холера 17
Холецистит 21
Хориретинит 13-14
Хромомикоз 111
Хронический активный гепатит 142
Целлюлит 23-24, 75
глазницы 14
профилактика 155
рта 50
Цервицит 42, 43, 47, 76
Цестоды 140-141
Цефадроксил 93
антимикробный спектр 77
у детей 163
при инфекциях мочевыводящих путей
103
фармакокинетика 81, 84
Цефазолин 90
антимикробный спектр 77
у детей 163
при почечной недостаточности 174
фармакокинетика 81, 84
Цефалоспорины 80, 90-94. См. также
отдельные препараты
при аллергии к пенициллинам 171
у беременных 166
лекарственные взаимодействия 186
Цефалотин 90
антимикробный спектр 78
у детей 163
фармакокинетика 81, 84
Цефамандол 90
антимикробный спектр 77
лекарственные взаимодействия 186
фармакокинетика 81, 84
Цефалпирин 90
фармакокинетика 81, 84
Цефепим 92
антимикробный спектр 77
при почечной недостаточности 174
фармакокинетика 82, 85
Цефетамет-пивоксил 93
антимикробный спектр 77
фармакокинетика 82
Цефиксим 94
антимикробный спектр 77
у детей 163
фармакокинетика 82, 85
Цефметазол 91
антимикробный спектр 77
лекарственные взаимодействия 186
фармакокинетика 81, 84

Цефокситин 91
антимикробный спектр 77, 80
у детей 163
при почечной недостаточности 174
фармакокинетика 81, 84
Цефоницид 91
антимикробный спектр 77
фармакокинетика 81, 84
Цефоперазон 91
антимикробный спектр 77
у детей 163
лекарственные взаимодействия 186
фармакокинетика 82, 85
Цефотаксим 92
антимикробный спектр 77
у детей 163
при почечной недостаточности 174
фармакокинетика 82, 85
Цефотетан 91
антимикробный спектр 77
лекарственные взаимодействия 186
фармакокинетика 81, 84
Цефподоксим 94
антимикробный спектр 77
у детей 163
фармакокинетика 82, 85
Цефпрозил 93
антимикробный спектр 77
у детей 163
фармакокинетика 82, 84
Цефрадин 90, 93
фармакокинетика 81, 84
Цефсулодин 92
Цефтазидим 92
антимикробный спектр 77, 80
у детей 163
при почечной недостаточности 174
фармакокинетика 82, 85
Цефтибутен 94
антимикробный спектр 77
фармакокинетика 82, 85
Цефтизоксим 92
антимикробный спектр 77
у детей 164
при почечной недостаточности 175
фармакокинетика 82, 85
Цефтриаксон 92
антимикробный спектр 77, 80
у детей 164
при почечной недостаточности 175
фармакокинетика 82, 85
Цефуросим 91
антимикробный спектр 77, 80
у детей 164
при почечной недостаточности 175
фармакокинетика 82, 84
Цефуросим-аксетил 93
антимикробный спектр 77
у детей 164
фармакокинетика 82, 84
Циклосерин 125
фармакокинетика 86
Циноксацин 103
Ципрофлоксацин 100, 125
антимикробный спектр 78
лекарственные взаимодействия 186

при почечной недостаточности 176
фармакокинетика 83, 85
Цистит 37, 75
Цистицеркоз 140
Цитомегаловирус 142, 146
Цитомегаловирусные инфекции 146
профилактика 155
Цуцугамуши 56

Чараса болезнь 134
Чесотка 46, 141
Чума 56

Шистосомоз 139

Эконазол 112
Экстирпация матки
профилактика инфекций 156
Экзема 24
Эмпиема плевры 34
Эндемический блошиный тиф 56
Эндокардит, инфекционный 51-53, 76
профилактика 158, 159
Эндофталмит 46
Эндофтальмит 13-14
Эноксацин 103
антимикробный спектр 79
лекарственные взаимодействия 186
фармакокинетика 83, 85
Энтеробиоз 136
Энцефалит
амебный 127, 128
герпетический 142, 145
эозинофильный 139
Эпиглоттит 16
Эпидидимит 49
Эритразма 25, 106
Эритромицин 97
у беременных 166
у детей 164
лекарственные взаимодействия 186
при почечной недостаточности 177
фармакокинетика 82, 85
Эрлихиоз 56
Этамбутол 123
у беременных 167
у детей 164
лекарственные взаимодействия 186
при почечной недостаточности 178
фармакокинетика 86
Этионамид 125
при почечной недостаточности 178
фармакокинетика 86
Эфлорнитин 135
Эхинококкоз 141

Язва двенадцатиперстной кишки 19
Язва стопы, при сахарном диабете 60
Ячмень 12

Acanthamoeba spp. 128
Acinetobacter spp. 69, 77, 78, 79
Actinomyces spp. 69, 77, 78, 79, 104
Aeromonas spp. 69, 77, 78, 79
Alcaligenes xylosoxydans 69
Anasakis simplex 139

Ancylostoma braziliense 138
Ancylostoma duodenale 136
Arcanobacterium haemolyticum 69
Ascaris lumbricoides 136
Aspergillus spp. 104

Babesia spp. 133
Bacillus anthracis 69
Bacillus cereus 69
Bacteroides fragilis 69, 77, 78, 79
Bacteroides, рpynna DOT 69
Balantidium coli 127
Blastocystis hominis 127
Blastomyces dermatitidis 104
Bordetella pertussis 69
Borrelia burgdorferi 69
Borrelia recurrentis 69
Brucella spp. 69, 79
Brugia malayi 137
Brugia timori 137

Campylobacter fetus 69
Campylobacter jejuni 69
Candida spp. 106-108
Capillaria philippinensis 137
Capnocytophaga canimorsus 40
Capnocytophaga gingivialis 70
Chlamydia pneumoniae 70
Chlamydia spp. 70, 78, 79
Citrobacter spp. 70, 77, 78
Cladosporium spp. 111
Clonorchis sinensis 139
Clostridium difficile 70, 77, 78, 79
Clostridium spp. 70, 77, 78, 79
Coccidioides immitis 108-109
Corynebacterium diphtheriae 70
Corynebacterium jeikeium 70, 77, 78, 79
Corynebacterium minutissimum 106
Coxiella burnetii 70
Cryptococcus neoformans 109
Cryptosporidium parvum 126
Cyclospora cayetanensis 127

Dientamoeba fragilis 127
Diphylobothrium latum 140
Dipylidium caninum 140
Dirofilaria spp. 137
Dracunculus medinensis 137

Echinococcus granulosus 141
Echinococcus multilocularis 141
Edwardiella tarda 70
Ehrlichia chaffeensis 70
Eikenella corrodens 70
Entamoeba histolytica 126
Enterobacter spp. 70, 77, 78, 79
Enterobius vermicularis 136
Enterococcus faecalis 70, 77, 78, 79
Enterococcus faecium 52, 71, 78, 79
Enterocytozoon bieneusi 127
Epidemiophyton foccosum 105
Erysipelothrix rhusiopathiae 71
Escherichia coli 71, 77, 78, 79

Fasciola buski 140
Fasciola hepatica 140

Flavobacterium meningosepticum 71
Fonsecaea spp. 111
Francisella tularensis 71, 79

Gardnerella vaginalis 71
Giardia intestinalis 127
Gnathostoma spinigerum 139

Haemophilus aphrophilus 71
Haemophilus ducreyi 71, 77, 78, 79
Haemophilus influenzae 71, 77, 78, 79
Hafnia alvei 71
Heterophyes heterophyes 139
Histoplasma capsulatum 105
Hymenolepis nana 140

Isospora belli 127

Klebsiella spp. 71, 77, 78, 79

Legionella spp. 71, 77, 78, 79
Leishmania spp. 134
Leptospira interrogans 72
Leuconostoc spp. 72
Listeria monocytogenes 72
Loa loa 137

Malassezia furfur 106
Mansonella ozzardi 138
Mansonella perstans 138
Mansonella streptocerca 138
Metagonimus yokogawai 139
Moraxella catarrhalis 72, 77, 78, 79
Morganella spp. 72, 77, 78
Mycobacterium avium-intracellulare 79, 119
Mycobacterium bovis 119
Mycobacterium chelonae 119
Mycobacterium fortuitum 120
Mycobacterium goodii 120
Mycobacterium haemophilum 120
Mycobacterium kansasii 120
Mycobacterium leprae 120-121
Mycobacterium marinum 120
Mycobacterium scrofulaceum 120
Mycobacterium tuberculosis 115-118
Mycobacterium ulcerans 120
Mycoplasma pneumoniae 72, 78, 79

Naegleria fowleri 127
Necator americanus 136
Neisseria gonorrhoeae 72, 77, 78, 79
Neisseria meningitidis 72, 77, 78
Nocardia asteroides 72
Nocardia brasiliensis 72
Nocardia spp. 110

Onchocerca volvulus 137
Opisthorchis viverrini 139

Paragonimus westermani 140
Parastongylus cantonensis 136
Parastongylus costaricensis 137
Pasteurella multocida 72, 77, 78
Pediculus humanus capitis 141
Pediculus humanus corporis 141

Peptostreptococcus spp. 73, 77, 78
Phthirus pubis 141
Pityrosporum orbiculare 106
Plasmodium falciparum 128, 129, 130, 131
Plasmodium malariae 130
Plasmodium ovale 130
Plasmodium vivax 130
Plesiomonas shigelloides 72
Pneumocystis carinii 132-133
Prevotella melaninogenica 67, 68, 69
Proteus mirabilis 72, 77, 78
Proteus vulgaris 72, 77, 78, 79
Providencia spp. 72, 77, 78
Pseudallescheria boydii 110
Pseudomonas aeruginosa 73, 77, 78, 79
Pseudomonas cepacia 73, 77, 78, 79
Pseudomonas pseudomallei 73
Pseudoterranova decipiens 139

Rhizopus spp. 110
Rhodococcus equi 73
Rickettsia spp. 73, 79
Rochalimaea henselae 73
Rochalimaea quintana 73

Salmonella spp. 73, 77, 78
Sarcoptes scabiei 141
Schistosoma spp. 139
Serratia spp. 73, 77, 78, 79
Shigella spp. 73, 77, 78
Spirometra mansonioides 140
Sporothrix schenckii 111
Staphylococcus aureus 73, 77, 78, 79
Staphylococcus epidermidis 73, 77, 78, 79
Streptobacillus moniliformis 73
Streptococcus pneumoniae 67, 74, 77, 78, 79
Streptococcus pyogenes 74
Streptococcus spp. 15, 73-74, 77, 78, 79
Strongyloides stercoralis 136

Taenia saginata 140
Taenia solium 140
Torulopsis glabrata 106-108
Toxoplasma gondii 131-133
Trichinella spiralis 138
Trichomonas vaginalis 127
Trichophyton spp. 105-106
Trichostrongylus orientalis 136
Trichuris trichiura 136
Trypanosoma brucei gambiense 135
Trypanosoma brucei rhodesiense 135
Trypanosoma cruzi 134

Varicella zoster 142, 145-146, 150
Vibrio cholerae 17, 74
Vibrio parahaemolyticus 74
Vibrio vulnificus 74, 79

Wuchereria bancrofti 137

Xanthomonas maltophilia 74, 77, 78, 79

Yersinia enterocolitica 74, 77, 78
Yersinia pestis 74

РОВАМИЦИН®

СПИРАМИЦИН



ROVA

Устраняет инфекции дыхательных путей — быстро и полностью

-  сильное продолжительное действие в месте инфекционного поражения
-  великолепные клинические результаты
-  безопасность для пациента



СОСТАВ

1 таблетка содержит 1,5 млн или 3 млн МЕ спирамицина; 1 флакон содержит 1,5 млн МЕ спирамицина.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

РОВАМИЦИН принадлежит к антибиотикам семейства макролидов. К РОВАМИЦИНУ чувствительны следующие микроорганизмы: Streptococcus spp., Pneumococcus, Meningococcus, Neisseria gonorrhoeae, Bordetella pertussis, Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia spp., Legionella pneumophila, Treponema, Leptospira, Campylobacter и Toxoplasma gondii. Умеренно чувствительны: Haemophilus aueus. Устойчивы к РОВАМИЦИНУ: Enterobacteriaceae, Pseudomonas. Всасывание препарата происходит быстро (период полубсорбции составляет 20 минут). После приема внутрь 6 млн МЕ препарата пик его концентрации в крови наблюдается через 1,5—3 часа; период полувыведения составляет приблизительно 8 часов. РОВАМИ-

ЦИН не проникает в спинномозговую жидкость, однако хорошо диффундирует в слюну и ткани, а также в молоко матери. Связывание с белками плазмы слабое и не превышает 10%. Препарат метаболизируется в печени и выводится через желчные протоки, кишечник и почки (10—14%).

ПОКАЗАНИЯ

Применение РОВАМИЦИНА рекомендовано в оториноларингологии, бронхопальмонологии, стоматологии, гинекологии, при инфекциях кожи и мягких тканей, для лечения простатита, а также для лечения токсоплазмоза, в том числе у беременных женщин. РОВАМИЦИН применяется для профилактики менингококкового менингита среди лиц, контактировавших с больным за 10 дней до его госпитализации, для химиопрофилактики острого суставного ревматизма.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Аллергия к спирамицину.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

В отдельных случаях отмечается тошнота, диарея, рвота. В редких случаях возможны:

кожные аллергические реакции, парестезии конечностей, возникающие в процессе инфузии препарата и самопроизвольно исчезающие, редко — флебиты, в исключительных случаях — средней тяжести, требующие отмены терапии.

ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ

У больных с почечной недостаточностью можно не изменять дозировку, так как препарат практически не выводится через почки. Поскольку РОВАМИЦИН проникает в грудное молоко, необходимо прервать кормление грудью. РОВАМИЦИН можно без опасения применять у беременных женщин.

ПРИМЕНЕНИЕ И ДОЗИРОВКА

Для взрослых дневная доза РОВАМИЦИНА внутрь составляет 6 млн МЕ в день в 2 приема.

ФОРМА ВЫПУСКА

Таблетки 1,5 млн МЕ по 16 штук в упаковке. Таблетки 3 млн МЕ по 10 штук в упаковке. Флаконы 1,5 млн МЕ лиофилизированного порошка для внутривенных инъекций.