

Диагностика и лечение осложненных интраабдоминальных инфекций у взрослых и детей: рекомендации Американского общества хирургических инфекций и Американского общества инфекционных болезней

Рекомендации по лечению больных с интраабдоминальными инфекциями (ИАИ) подготовлены экспертным советом Американского общества хирургических инфекций (Surgical Infection Society) и Американского общества инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America). Данный документ представляет собой новую версию рекомендаций, которые были опубликованы ранее – в 2002 и 2003 гг. В нем рассматриваются подходы к лечению пациентов с ИАИ или высоким риском их развития. В новые рекомендации включены научные данные, опубликованные в 2003-2008 гг. Руководство дополнено рекомендациями по лечению ИАИ у детей, аппендицита у больных всех возрастных групп и некротизирующего энтероколита у новорожденных. Ниже представлены основные положения данного документа (в скобках указана обоснованность и качество доказательств).

Стартовое обследование

1. Сбор анамнеза, физикальное обследование и лабораторные данные дают возможность выявить большинство пациентов с подозрением на ИАИ, но требуют дальнейшего обследования и лечения (А-II).

2. У больных с сомнительными результатами физикального осмотра (пациенты с нарушением сознания, травмами спинного мозга или иммуносупрессией, развившейся в результате заболевания или лечения) следует заподозрить наличие ИАИ в случае признаков инфекции с неустановленным источником (В-III).

3. У пациентов с выраженными признаками разлитого перитонита, нуждающихся в экстренном хирургическом вмешательстве, проводить визуализирующее диагностическое исследование не рекомендуется (В-III).

4. У взрослых лиц, которым не показана экстренная лапаротомия, для подтверждения наличия ИАИ и обнаружения очага инфекции методом выбора визуализации является компьютерная томография (А-II).

Инфузионная терапия

5. Пациенты нуждаются в быстром восстановлении объема внутрисосудистой жидкости, а также в дополнительных мероприятиях для достижения гомеостаза (А-II).

6. У больных с септическим шоком инфузионная терапия должна начинаться незамедлительно после выявления гипотензии (А-II).

7. У пациентов без признаков уменьшения объема циркулирующей крови внутривенную инфузию следует начинать уже при первом подозрении на ИАИ (В-III).

Сроки начала антибиотикотерапии

8. Противомикробную терапию следует начинать сразу после установления диагноза ИАИ или подозрении на нее. У больных с септическим шоком антибиотики должны быть назначены незамедлительно (А-III).

9. У пациентов без признаков септического шока антибиотикотерапию следует начать уже в приемном отделении (В-III).

10. Во время хирургического вмешательства необходимо поддерживать достаточную концентрацию антибиотика, что может потребовать его дополнительного введения непосредственно перед проведением процедуры (А-I).

Принципы адекватного хирургического вмешательства

11. Практически во всех случаях ИАИ рекомендуется хирургическое вмешательство для дренирования очагов инфекции, контроля перитонеальной

контаминации при помощи отведения или иссечения, а также для восстановления анатомических и физиологических функций в пределах возможного (В-II).

12. Пациентам с диффузным перитонитом необходимо экстренное хирургическое вмешательство, даже если требуется поддерживать физиологическую стабильность во время операции (В-II).

13. По возможности предпочтение отдают чрескожному дренированию абсцессов и других хорошо локализованных скоплений жидкости вместо хирургического дренирования (В-II).

14. У пациентов со стабильной гемодинамикой без признаков острой органной недостаточности следует выполнить неотложное хирургическое вмешательство. При необходимости вмешательство можно отсрочить до 24 ч на фоне проведения адекватной антибиотикотерапии и тщательного наблюдения (В-II).

15. У больных с тяжелым перитонитом при отсутствии нарушений целостности кишечника, абдоминальной фасции, приводящих к несмыканию стенок брюшной полости или развитию внутрибрюшной гипертензии, не рекомендуется выполнение вынужденной или программированной релапаротомии (А-II).

16. У тщательно отобранных пациентов с минимальными физиологическими отклонениями и четко ограниченным очагом инфекции (например, периаппендикулярная или периколоническая флегмона) при условии тщательного клинического наблюдения лечение можно проводить только противомикробными средствами без выполнения хирургического вмешательства (В-II).

Микробиологическое исследование

17. Бактериологическое исследование крови при внебольничной ИАИ не несет дополнительной клинически значимой информации, поэтому не рекомендовано для широкого применения (В-III).

18. У пациентов с симптомами интоксикации или у иммунокомпрометированных лиц выявление бактериемии может быть полезно в выборе длительности противомикробной терапии (В-III).

19. У пациентов с внебольничными инфекциями окраска инфицированного материала по Граму не дает дополнительных преимуществ (С-III).

20. При нозокомиальных инфекциях окраска по Граму может помочь в выявлении грибковой этиологии заболевания (С-III).

21. У больных с внебольничной инфекцией из группы низкого риска культуральное исследование на наличие аэробов и анаэробов проводить не обязательно. В то же время оно может быть полезно при мониторинге резистентности возбудителей ИАИ и выборе пероральной антибиотикотерапии (В-II).

22. При выраженном локальном уровне резистентности (10-20% выделенных штаммов) распространенных возбудителей (например, *Escherichia coli*) к режимам антимикробной терапии, часто используемой в лечебном учреждении, у пациентов с перфоративным аппендицитом и другими внебольничными ИАИ рекомендовано проводить обычное культуральное исследование и определение чувствительности к антибиотикам (В-III).

23. Если назначаемая эмпирическая антимикробная терапия активна в отношении распространенных анаэробных патогенов, необходимость в их идентификации у пациентов с внебольничными ИАИ отсутствует (В-III).

24. У пациентов высокого риска рекомендовано провести микробиологическое исследование образцов материала из очага инфекции. Это особенно актуально для лиц, недавно получавших антибиотики, поскольку у них выше вероятность наличия резистентных возбудителей (А-II).

25. Образец из очага ИАИ должен быть репрезентативным (В-III).

26. Для проведения культурального исследования достаточно направить в лабораторию один образец, содержащий не менее 1 мл жидкости или ткани с соблюдением условий транспортировки. Для выявления аэробных бактерий 1-10 мл жидкости инокулируют непосредственно в пробирку с соответствующей аэробной средой. Дополнительно 0,5 мл жидкости отправляют в лабораторию для окраски по Граму и выявления грибов при наличии показаний. Для выделения культуры анаэробов в лабораторию следует направлять не менее 0,5 мл жидкости или 0,5 г ткани в анаэробной транспортной трубе. В качестве альтернативного варианта 1-10 мл жидкости можно инокулировать прямо в пробирку со средой для анаэробной гемокультуры (А-I).

27. Рекомендуется определение чувствительности *Pseudomonas* spp., *Proteus* spp., *Acinetobacter* spp., *Staphylococcus aureus*, большинства *Enterobacteriaceae*, поскольку они более часто формируют резистентность к антибиотикам (А-III).

Рекомендуемые режимы противомикробной терапии

Представленные в таблицах 1-3 противомикробные препараты и их комбинации считаются адекватным выбором для эмпирического лечения внебольничных и нозокомиальных ИАИ.

Внебольничная инфекция легкой и средней степени тяжести у взрослых

28. Для эмпирической терапии внебольничной ИАИ необходимо использовать антибиотики, проявляющие активность в отношении кишечной микрофлоры: грамотрицательных аэробов и факультативных палочек, кишечных грамположительных стрептококков (А-I).

29. Антибиотики, активные в отношении анаэробов, показаны при инфекции дистальной части тонкого кишечника, червеобразного отростка и толстой кишки, а также при перфорации вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта, наличии обструкционной или паралитической кишечной непроходимости (А-I).

30. У взрослых пациентов с нетяжелой внебольничной инфекцией преимущество отдается таким препаратам, как тикарциллин/клавуланат, цефокситин, эртапенем, моксифлоксацин, тайгедиклин в виде монотерапии либо комбинации метронидазола с цефазолином, цефуроксимом, цефтриаксоном, левофлоксацином, ципрофлоксацином, а не режимам с антисевдомонадной активностью (табл. 1) (А-I).

32. Цефотетан и клиндамицин не рекомендуют применять из-за роста резистентности *Bacteroides fragilis* (В-II).

33. У взрослых пациентов с внебольничными ИАИ не рекомендуется рутинное использование аминогликозидов в связи с их высокой токсичностью (В-II).

34. При внебольничных ИАИ эмпирическая терапия обязательно должна

Таблица 1. Препараты и режимы, которые могут быть применены для стартовой эмпирической антибактериальной терапии осложненных внебольничных экстрабилиарных ИАИ

Режим антибактериальной терапии	Внебольничные ИАИ у детей	Внебольничные ИАИ у взрослых	
		ИАИ легкой и средней степени тяжести (перфоративный или абсцедирующий аппендицит и т.д.)	Тяжелые ИАИ или высокий риск (выраженные физиологические нарушения, старческий возраст, иммуносупрессия)
Монотерапия	Эртапенем, меропенем, имипенем, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам	Цефокситин, эртапенем, моксифлоксацин, тайгедиклин, тикарциллин/клавуланат,	Имипенем/циластатин, меропенем, дорипенем, пиперациллин/тазобактам
Комбинированная терапия	Цефтриаксон, цефотаксим, цефепим или цефтазидим в комбинации с метронидазолом; Гентамицин или тобрамицин в комбинации с метронидазолом или клиндамицином с или без ампициллина	Цефазолин, цефуроксим, цефтриаксон, ципрофлоксацин или левофлоксацин в комбинации с метронидазолом*	Цефепим, цефтазидим, ципрофлоксацин или левофлоксацин в комбинации с метронидазолом*

* В связи с ростом резистентности *E. coli* к фторхинолонам следует оценивать локальные данные по чувствительности внебольничных штаммов и по возможности выделенного изолята.

Таблиця 2. Рекомендації по емпіричній противомікробній терапії ускладнених ІАІ, зв'язаних з оказанням медичної допомоги

Мікроорганізми, виділяючі при нозокоміальних інфекціях в медичному закладі	Режим				
	Карбапенем*	Піперацилін/тазобактам	Цефазидим або цефепім з метронідазолом	Аміноглікозид	Ванкомицин
<20% резистентних <i>P. aeruginosa</i> , представителів родини <i>Enterobacteriaceae</i> , вироблюють БЛРС, <i>Acinetobacter</i> spp. або інших грамотрицателів бактерій з множинною стійкістю	Рекомендується	Рекомендується	Рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується
Представителі родини <i>Enterobacteriaceae</i> , вироблюють БЛРС	Рекомендується	Рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується
>20% <i>P. aeruginosa</i> , резистентних до цефазидиму	Рекомендується	Рекомендується	Не рекомендується	Рекомендується	Не рекомендується
MRSA	Не рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується	Не рекомендується	Рекомендується

БЛРС – β-лактамази розширеного спектра.
MRSA – метицилінрезистентний *Staphylococcus aureus*.
*Імипенем/циластатин, меропенем або дорипенем.

Таблиця 3. Препарати та режими, які можуть бути використані для початкової емпіричної антибактеріальної терапії біліарних інфекцій у дорослих

Інфекція	Режим
Внебольничный острый холецистит легкой и средней степени тяжести	Цефазолин, цефуроксим, цефтриаксон
Внебольничный острый холецистит на фоне выраженных физиологических нарушений, у пациентов пожилого возраста или с иммунодефицитом	Имипенем/циластатин, меропенем, дорипенем, пиперацillin/тазобактам, ципрофлоксацин, левофлоксацин или цефепим в комбинации с метронидазолом*
Острый холангит на фоне билиоэнтерального анастомоза любой степени тяжести	Имипенем/циластатин, меропенем, дорипенем, пиперацillin/тазобактам, ципрофлоксацин, левофлоксацин или цефепим в комбинации с метронидазолом*
Нозокомиальные билиарные инфекции любой степени тяжести	Имипенем/циластатин, меропенем, дорипенем, пиперацillin/тазобактам, ципрофлоксацин, левофлоксацин или цефепим в комбинации с метронидазолом и ванкомицином*

*В связи с ростом резистентности *E. coli* к фторхинолонам следует оценивать локальные данные по чувствительности внебольничных штаммов и по возможности выделенного изолята.

бути активної в відношенні ентерококків (А-І).

35. У дорослих та дітей з внебольничними ІАІ не рекомендується емпіричне застосування противогрибкових препаратів, активних в відношенні *Candida* spp. (В-ІІ).

36. Антибіотики, застосовувані для лікування важких внебольничних або нозокоміальних інфекцій, не слід використовувати у пацієнтів з неважкими внебольничними інфекціями в зв'язі з високою токсичністю та ризиком колонізації резистентними мікроорганізмами (В-ІІ).

37. У боліх з легкими та середньважкими ІАІ (наприклад, острым дивертикулитом та різними формами апендициту), яким не виконують хірургічне втручання, рекомендовані режими антибіотикотерапії, застосовувані для лікування неважких інфекцій з можливістю більш раннього початку пероральної терапії (В-ІІІ).

Внебольничные инфекции высокого риска у взрослых

38. У пацієнтів з важкими внебольничними ІАІ (>15 балів за шкалою АРАСНЕ-ІІ або інші фактори ризику) емпірична антибіотикотерапія проводиться препаратами з широким спектром дії в відношенні грамотрицателів мікроорганізмів, такими як меропенем, імипенем/циластатин, дорипенем, пиперацillin/тазобактам, ципрофлоксацин або левофлоксацин в комбінації з метронідазолом або цефазидимом або цефепімом з метронідазолом (табл. 2) (А-І).

39. В зв'язі з широкою поширеністю в деяких регіонах, резистентних до хінолонам штамів *E. coli*, цей клас препаратів рекомендують застосовувати тільки в тих випадках, коли локальні мікробіологічні дослідження

демонструють високу чутливість до них кишкової палички (більше 90% чутливих штамів) (А-ІІ).

40. Як альтернативу можна використовувати комбінацію азтреонама та метронідазолу, але це поєднання рекомендується посилювати препаратом, активним в відношенні грампозитивних кокків (В-ІІІ).

41. У дорослих пацієнтів не рекомендується широке застосування аміноглікозидів або інших препаратів, активних в відношенні факультативних грамотрицателів мікроорганізмів або аеробних паличок, якщо не доведено наявності резистентних мікроорганізмів (А-ІІ).

42. Рекомендовано емпіричне призначення препаратів, активних в відношенні ентерококків (В-ІІ).

43. Якщо не доведено, що інфекція викликана метицилінрезистентними стафілококками (MRSA) або грибами, не слід призначати активні по відношенню до них препарати (В-ІІІ).

44. У пацієнтів високого ризику антибіотикотерапія повинна коректуватися в залежності від результатів мікробіологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків (А-ІІІ).

Інфекції у дорослих, зв'язані з оказанням медичної допомоги

45. Емпірична антибактеріальна терапія для лікування ІАІ у дорослих, зв'язаних з оказанням медичної допомоги, повинна призначатися з урахуванням локальних даних про антибіотикорезистентність (А-ІІ).

46. Для досягнення більш високої ефективності можна призначити декілька антибіотиків, в тому числі препаратів з розширеним спектром дії, активних в відношенні грамотрицателів аеробних та факультативних паличок. Це такі препарати, як меропенем, імипенем,

дорипенем, пиперацillin/тазобактам або цефазидим або цефепім в комбінації з метронідазолом. Може виникнути необхідність у призначенні аміноглікозидів або колистіну (табл. 2) (В-ІІІ).

47. З метою зменшення кількості призначених препаратів та зменшення спектра дії рекомендується проводити корекцію антибіотикотерапії в відповідності з результатами культурального дослідження та визначення чутливості до антибіотиків (В-ІІІ).

Противогрибковая терапия

48. Противогрибковая терапія пацієнтам з важкою внебольничною ІАІ або інфекцією, зв'язаною з оказанням медичної допомоги, показана, якщо в зразках інтраабдомінального матеріалу виявлені гриби роду *Candida* (В-ІІ).

49. При виявленні *Candida albicans* препаратом вибору є флуконазол (В-ІІ).

50. При наявності резистентних до флуконазолу *Candida* spp. рекомендується призначити ехінокандини (каспофунгін, мікафунгін або анідулафунгін) (В-ІІІ).

51. Якщо пацієнт перебуває в критичному стані, початкову терапію рекомендується починати з ехінокандина, а не триазола (В-ІІ).

52. Амфотерицин В не рекомендовано як початкову терапію в зв'язі з високою токсичністю (В-ІІ).

53. При підозрі на інфекцію *Candida* spp. у новонароджених слід призначити емпіричну антифунгальну терапію. В разі виявлення *Candida albicans* препаратом вибору – флуконазол (В-ІІ).

Антиэнтерококковая терапия

54. При виділенні ентерококків у пацієнтів з інфекцією, зв'язаною з оказанням медичної допомоги, призначають антибіотики з антиентерококковою активністю (В-ІІІ).

55. Емпірична антиентерококкова терапія рекомендується боліх з ІАІ, зв'язаними з оказанням медичної допомоги, в частині пацієнтів з післяопераційною інфекцією; боліх, раніше приймалих цефалоспоринові або інші противомікробні препарати, що призводять до селекції резистентних *Enterococcus* spp.; лицям з імунідефіцитом, ураженнями клапанів серця або внутрішніми судинами протезами (В-ІІ).

56. Необхідно, щоб початкова емпірична антиентерококкова терапія була активною в відношенні *Enterococcus faecalis*. В відповідності з отриманими даними антибіотикочутливості даного мікроорганізму можуть застосовуватися ампицилін, пиперацillin/тазобактам, ванкомицин (В-ІІІ).

57. В складі емпіричної терапії не рекомендується призначати препарати, активні в відношенні ванкомицинрезистентних штамів *E. faecium*. Ісключення становлять пацієнти з високим ризиком інфікування цим мікроорганізмом (боліх після трансплантації печінки, лиця з відомим фактом колонізації ванкомицинрезистентними штамми *E. faecium*) (В-ІІІ).

Анти-MRSA терапия

58. Емпірична антимікробна терапія, активна в відношенні MRSA, повинна призначатися боліх з ІАІ, зв'язаними з оказанням медичної допомоги, у яких визначена колонізація цим мікроорганізмом, лицям, що належать до групи ризику інфікування MRSA: неефективне попереднє лікування, тривалий прийом антибіотиків (В-ІІ).

59. Для лікування передбачуваної або підтвердженої ІАІ, викликані MRSA, рекомендується ванкомицин (А-І-ІІ).

Холецистит и холангит у взрослых

60. Першим візуалізуючим дослідженням, яким слід виконати при підозрі на острий холецистит або холангит, є ультрасонографія (А-І).

61. Пацієнти з передбачуваною або діагностованою острым холециститом або холангитом повинні отримувати противомікробну терапію (табл. 3). При наявності билиоентерального анастомозу призначення препаратів з антиаеробною активністю не показано (В-ІІ).

62. Після холецистектомії, виконаної по приводу острого холецистита, і при відсутності ознак інфекції тривалість противомікробної терапії повинна становити 24 год (В-ІІ).

63. Оскільки роль ентерококків в розвитку внебольничної біліарної інфекції не доведена, повністю необхідно, щоб призначені антибіотики були активними по відношенню до них. Це не стосується пацієнтів з імунідефіцитом, особливо після трансплантації печінки, у яких роль ентерококків в розвитку інфекційного процесу може бути значимою (В-ІІІ).

Інфекції в педіатрії

64. Всім дітям з лихоманкою та абдомінальною болію при низькій ймовірності ускладненого апендициту або іншої ІАІ використання антибіотиків широкого спектра дії не показано (В-ІІІ).

65. Вибір препарату у дітей з ускладненою ІАІ повинен враховувати походження інфекції (внебольнична або нозокоміальна), тяжкість захворювання, безпеку застосування в різних вікових групах (А-ІІ).

66. Для лікування дітей з ускладненою ІАІ можна використовувати аміноглікозиди, карбапенеми (імипенем, меропенем, ертапенем), β-лактами разом з інгібітором β-лактамаз (пиперацillin/тазобактам, тикарцилін/клавуланат), цефалоспоринові останньої генерації (цефотаксим, цефтриаксон, цефазидим, цефепім) з метронідазолом (В-ІІ).

67. При наявності виражених алергічних реакцій на β-лактами антибіотики препаратом вибору є ципрофлоксацин в комбінації з метронідазолом або аміноглікозиди (В-ІІІ).

68. Некротизуючий ентероколіт у новонароджених потребує проведення інфузійної терапії, внутрішньовенного призначення антибіотиків широкого спектра дії (з можливістю включення противогрибкових препаратів), кишечно-декомпресії. В разі перфорації кишечника слід виконати неотложну або екстренну лапаротомію або черевне дренирування. Необхідно провести інтраопераційний збір матеріалу для окраски по Граму та культурального дослідження (В-ІІІ).

69. У новонароджених з некротизуючим колітом можна використовувати антибіотики широкого спектра дії, такі як ампицилін, гентамицин та метронідазол; ампицилін, цефотаксим та метронідазол; меропенем. При підозрі на інфекцію MRSA або резистентних до ампициліну ентерококків замість ампициліну препаратом вибору є ванкомицин. Якщо окраска по Граму або результати культурального дослідження інтраопераційних зразків свідчать про наявність грибової інфекції, необхідно призначити флуконазол або амфотерицин В (В-ІІ).

Продолжение на стр. 34.

Диагностика и лечение осложненных интраабдоминальных инфекций у взрослых и детей: рекомендации Американского общества хирургических инфекций и Американского общества инфекционных болезней

Продолжение. Начало на стр. 32.

Фармакокинетические аспекты

70. С целью обеспечения максимальной эффективности и безопасности эмпирической терапии пациентов с осложненными ИАИ, а также профилактики антибиотикорезистентности антибактериальные препараты необходимо использовать в оптимальных дозах (табл. 4) (В-II).

71. У пациентов с ИАИ, получающих аминогликозиды, желателно подбирать индивидуальные дозы препаратов с учетом мышечной массы и объема внеклеточной жидкости.

Использование результатов микробиологических исследований для выбора противомикробной терапии

72. Пациенты с внебольничной ИАИ низкого риска не нуждаются в коррекции терапии, если в результате хирургического вмешательства и эмпирического назначения антибиотиков достигнут удовлетворительный клинический эффект. В таком случае терапию не следует изменять соответственно выделенным при микробиологическом исследовании патогенам (В-III).

73. Если резистентный возбудитель выявлен в начале вмешательства и имеют место убедительные признаки инфекционного процесса, пациентам с нетяжелой инфекцией рекомендовано проведение соответствующей этиотропной терапии (В-III).

74. Для выбора антибактериальных препаратов у пациентов с тяжелой внебольничной или нозокомиальной ИАИ результаты культурального исследования и определения чувствительности к антибиотикам трактуют с учетом патогенности и концентрации идентифицированных возбудителей (В-III).

75. Микроорганизмы гемокультуры считаются значимыми, если они обладают

известным патогенным потенциалом, и в случае их обнаружения как минимум в двух образцах гемокультуры (А-I), либо если они содержатся в умеренных или значительных количествах в дренируемом содержимом (В-II).

Продолжительность терапии осложненных ИАИ у взрослых

76. Длительность противомикробной терапии подтвержденной инфекции не должна превышать 4-7 сут за исключением случаев, когда не удается достичь адекватного хирургического контроля над очагом инфекции. Более продолжительная терапия не приводит к улучшению исходов инфекции (В-III).

77. Если при перфорации желудка или проксимальной части тощей кишки хирургический контроль над очагом инфекции достигнут в течение 24 ч при отсутствии злокачественных новообразований и проведения кислотоснижающей терапии, достаточно назначить профилактическую антибиотикотерапию, активную в отношении аэробных грамположительных кокков, продолжительностью 24 ч (В-II).

78. В случаях задержки операции по поводу перфорации желудка и проксимальной части тощей кишки, малигнизации желудка или проведении кислотоснижающей терапии противомикробная терапия должна быть активна в отношении смешанной флоры (как при осложненных инфекциях ободочной кишки) (В-III).

79. Пенетрирующие повреждения кишечника, обусловленные механической или ятрогенной травмой, которые были устранены в течение 12 ч, или случаи интраоперационной контаминации операционного поля кишечным содержимым требуют назначения антибиотиков в течение 24 ч (А-I).

80. Больные с острым аппендицитом без признаков перфорации, абсцесса

или локального перитонита нуждаются в профилактическом применении антибиотиков, активных в отношении аэробов и факультативных и облигатных анаэробов, в течение 24 ч (А-I).

81. Пациентам с тяжелым некротизирующим панкреатитом до идентификации возбудителей инфекции не рекомендуется назначение антибиотиков с профилактической целью (А-I).

Использование пероральной или внутривенной противомикробной терапии в амбулаторных условиях

82. При отсутствии признаков и симптомов инфекции у взрослых и детей продолжение антибактериальной терапии не требуется (В-III).

83. У взрослых пациентов на этапе выздоровления после ИАИ возможно завершение противомикробной терапии таблетированными формами моксифлоксацина, ципрофлоксацина с метронидазолом, левофлоксацина с метронидазолом, цефалоспорины с метронидазолом либо амоксициллин/клавуланатом (В-II) при условии, что пациент может самостоятельно принимать пищу, а также если не были обнаружены резистентные микроорганизмы при определении чувствительности к антибиотикам.

84. Если выделенный возбудитель чувствителен только к внутривенным антибиотикам, терапия пероральными препаратами может быть назначена уже на амбулаторном этапе (В-III).

85. У детей можно продолжить парентеральную антибиотикотерапию на амбулаторном этапе, если нет надобности в последующем дренировании, на фоне снижения температуры сохраняются симптомы интраабдоминального воспаления, достигнут контроль над болью, ребенок может принимать жидкость внутрь и в состоянии передвигаться (В-II).

86. Для проведения ступенчатой терапии у детей во время дренирования источника ИАИ рекомендуется проведение культурального исследования дренажного содержимого с целью обоснованного выбора препаратов для приема внутрь с узким спектром действия, оптимальной безопасностью и переносимостью. Рекомендуют использовать цефалоспорины второго или третьего поколения в комбинации с метронидазолом или амоксициллин/клавуланат (при чувствительности к ним выделенных возбудителей). Фторхинолоны — ципрофлоксацин или левофлоксацин — могут использоваться для лечения инфекций, вызванных чувствительными к ним *Pseudomonas spp.*, *Enterobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.* (В-III). При назначении ципрофлоксацина или левофлоксацина к ним добавляют метронидазол.

87. Результаты определения чувствительности к антибиотикам выделенных грамотрицательных аэробных и факультативных микроорганизмов следует учитывать для выбора антибиотиков у детей и взрослых (В-III).

88. Пациенты, которые не были прооперированы, могут лечиться в амбулаторных условиях. При этом можно использовать режим пероральной антибиотикотерапии (см. рекомендации 83 и 86) в качестве стартового лечения, как этап ступенчатой терапии, применяемой после курса внутривенного противомикробного лечения (В-III).

Предполагаемая неэффективность лечения

89. У пациентов с персистирующими или рецидивирующими клиническими проявлениями ИАИ после 4-7 дней терапии следует обязательно провести компьютерную томографию или ультрасонографию органов брюшной полости. Рекомендуется продолжить противомикробную терапию, активную в отношении ранее выделенных возбудителей (А-III).

90. Если отсутствует удовлетворительный клинический ответ на адекватную эмпирическую противомикробную терапию, необходимо исключить экстраабдоминальные источники инфекции и неинфекционные воспалительные состояния (А-II).

91. Если очаг инфекции сохраняется, а стартовая терапия неэффективна, следует провести культуральное исследование одного образца достаточного объема (не менее 1,0 мл жидкости или ткани) на наличие аэробных и анаэробных микроорганизмов. Образец доставляется в лабораторию в анаэробной транспортной среде (С-III). Результативность исследования может повысить инокуляция 1-10 мл жидкости непосредственно в среду для выращивания анаэробных гемокультур.

Диагностика и лечение пациентов с подозрением на острый аппендицит

92. В каждой больнице должны быть разработаны локальные клинические стандарты диагностики, госпитального лечения, выписки и амбулаторной терапии (В-II).

93. В их создании должны принимать участие клиницисты, занимающиеся лечением этих пациентов, включая хирургов, инфекционистов, семейных врачей, врачей приемного отделения, рентгенологов, медицинских сестер, фармацевтов (В-II).

94. При отсутствии патогномичных симптомов аппендицита совокупность таких признаков, как характерная боль в животе, локальная болезненность, лабораторные данные, характерные для острого воспалительного процесса, обычно позволяют поставить правильный диагноз (А-II).

95. При подозрении на аппендицит рекомендуется выполнить спиральную компьютерную томографию органов брюшной полости и малого таза с внутривенным введением контраста (В-II).

96. У всех женщин необходимо выполнить диагностическую визуализацию. Женщинам детородного возраста перед диагностической визуализацией выполняют тест на беременность. Во время первого триместра беременности вместо компьютерной томографии следует произвести ультразвуковое исследование или магнитно-резонансную томографию (В-II). Если после перечисленных исследований диагноз не установлен, можно выполнить лапароскопию или ограниченную компьютерную томографию (В-III).

97. При сомнениях в диагнозе аппендицита у всех детей, особенно в возрасте до 3 лет, следует провести визуализацию. Более информативной считается компьютерная томография, хотя с целью предотвращения облучения альтернативой данному методу является ультрасонография (В-III).

98. Если диагноз аппендицита не подтвердился с помощью визуализирующих

Таблица 4. Стартовые дозы антибиотиков для внутривенного введения взрослым больным с осложненными ИАИ

Антибиотик	Дозы у взрослых
Ингибиторзащищенные β-лактамы	
Пиперацillin/газобактам	3,375 г каждые 6 ч
Тикарциллин/клавулановая кислота	3,1 г каждые 6 ч; FDA* рекомендует 200 мг/кг/сут равными дозами каждые 6 ч при нетяжелых инфекциях и 300 мг/кг/сут равными дозами каждые 4 ч при тяжелых инфекциях
Карбапенемы	
Дорипенем	500 мг каждые 8 ч
Эртапенем	1 г каждые 24 ч
Имипенем/циластатин	500 мг каждые 6 ч или 1 г каждые 8 ч
Меропенем	1 г каждые 8 ч
Цефалоспорины	
Цефазолин	1-2 г каждые 8 ч
Цефепим	2 г каждые 8-12 ч
Цефотаксим	1-2 г каждые 6-8 ч
Цефокситин	2 г каждые 6 ч
Цефтазидим	2 г каждые 8 ч
Цефтриаксон	1-2 г каждые 12-24 ч
Цефуросим	1,5 г каждые 8 ч
Тайгециклин	100 мг стартовая доза, затем по 50 мг каждые 12 ч
Фторхинолоны	
Ципрофлоксацин	400 мг каждые 12 ч
Левофлоксацин	750 мг каждые 24 ч
Моксифлоксацин	400 мг каждые 24 ч
Метронидазол	500 мг каждые 8-12 ч или 1500 мг каждые 24 ч
Аминогликозиды	
Гентамицин или тобрамицин	5-7 мг/кг каждые 24 ч
Амикацин	15-20 мг/кг каждые 24 ч
Азтреонам	1-2 г каждые 6-8 ч
Ванкомицин	15-20 мг/кг каждые 8-12 ч

*Управление по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств США

ТИГАЦИЛ (тайгциклін) по 50 мг в стеклянном флаконе, закрытом пробкой, по 10 флаконов в коробке из картона.

Краткая инструкция для медицинского применения препарата

Показания к применению: осложненные инфекции кожи и мягких тканей за исключением инфекций диабетической стопы. Осложненные инфекции брюшной полости. **Противопоказания:** гиперчувствительность к активному веществу или к любому из вспомогательных веществ препарата, а также к другим препаратам тетрациклинового ряда. **Способ применения и дозы:** начальная рекомендуемая доза составляет 100 мг, в дальнейшем применяют по 50 мг каждые 12 часов в течение 5-14 дней. Продолжительность лечения должна зависеть от тяжести заболевания, локализации инфекции и клинического ответа больного. Тигацил вводят внутривенно в течение 30-60 мин. Приготовленный раствор следует использовать немедленно. **Побочные реакции:** чаще всего наблюдались такие преходящие побочные реакции, как тошнота (20%) и рвота (14%), абсцессы, инфекции, пневмония, удлинение активированного частичного тромбопластинного времени, удлинение протромбинового времени (ПТВ), гипогликемия, головкружение, флебиты, диарея, боль в животе, диспепсия, анорексия, повышение уровня АсАТ, АлАТ, гипербилирубинемия, зуд, сыпь, головная боль, повышение уровня амилазы, азота мочевины в крови, псевдомембранозный колит. **Особенности применения:** пациентам с нарушением функции почек и пациентам, находящимся на гемодиализе, пациентам с легкими или умеренными нарушениями печени, пациентам пожилого возраста коррекция дозы не нужна. Для контроля за состоянием пациентов, которые применяют тайгциклін вместе с антикоагулянтами, следует использовать тест для определения ПТВ или другой подобный тест для определения параметров коагуляции. Не рекомендуется использовать Тигацил детям. Тайгциклін не следует применять беременным, кроме случаев крайней необходимости, когда польза для матери превышает риск для плода/ребенка. При применении Тигацила у женщин, кормящих грудью, следует проявлять осторожность и оценить возможность прекращения кормления грудным молоком. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия:** при одновременном применении тайгцикліна с антикоагулянтами следует тщательно контролировать

состояние пациентов, используя соответствующие тесты для определения коагуляции. Варфарин не влияет на фармакокинетический профиль тайгцикліна. Ожидается, что на клиренс тайгцикліна не повлияют ингибиторы или индукторы изофермента СYP450. При одновременном применении тайгцикліна с дигоксином нет необходимости в коррекции дозы. При исследованиях in vitro не выявлено антагонизма между тайгцикліном и антибиотиками других классов, которые часто применяют в терапии. Одновременное применение антибиотиков с пероральными контрацептивами может снизить эффективность контрацептивов. Нельзя вводить одновременно с Тигацилом через один и тот же Y-образный катетер: амфотерицин В, липидный комплекс амфотерицина В, дизазепам, эзомепразол, омепразол и растворы для внутривенного введения, которые могут привести к увеличению значения рН более 7. Тигацил не следует смешивать с другими лекарственными средствами, для которых не была доказана совместимость с тайгцикліном. **Фармакологические свойства:** тайгциклін – антибиотик глицицилинового ряда, ингибирует трансляцию белка в бактериях путем присоединения к рибосомной субъединице 30S и блокировки входа молекулы амино-ацил-tRNA в сайт А рибосомы, что препятствует включению аминокислотных остатков в нарастающиеся пептидные цепи. В целом считается, что тайгцикліну присуще бактериостатическое действие. **Категория отпуска:** по рецепту.

Перед использованием препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по применению. Информация для врачей и фармацевтов. Предназначено для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

Регистрационные свидетельства МЗ Украины UA/12347/01/01 от 26.07.2012.

За дополнительной информацией обращайтесь в: Представительство «Pfizer Н.С.Р. Corporation» в Украине: 03680, г. Киев, ул. Н. Амосова 12, тел. (044) 291-60-50.

Далацин Ц Фосфат (клиндамицин) раствор для инъекций, 150 мг/мл, по 2 мл, 4 мл в ампулах № 1.

Краткая инструкция для медицинского применения препарата

Показания к применению: клиндамицин является эффективным средством для лечения инфекций, вызванных чувствительными к нему анаэробными бактериями или штаммами грамположительных аэробных бактерий, таких как стрептококки, стафилококки и пневмококки, а также чувствительными к клиндамицину *Clamidia trachomatis*. Инфекции ЛОР-органов, дыхательных путей, кожи и мягких тканей, костей и суставов, гинекологические инфекции, интраабдоминальные инфекции, септицемия и эндокардит, инфекции ротовой полости, токсоплазмозный энцефалит, пневмоцистная пневмония у больных СПИДом, профилактика эндокардита, раневой инфекции при оперативных вмешательствах в области головы и шеи, профилактика перитонита и интраабдоминальных абсцессов после перфорации. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к клиндамицину, линкомицину или любому компоненту препарата. **Применение:** доза для лечения взрослых при осложненных или тяжелых инфекциях составляет 2400-2700 мг в сутки, разделенная на 2, 3 или 4 равные дозы в/в или в/м. Для лечения инфекций с легким течением – 1200-4800 мг в/в, в/м, разделенная на 3 или 4 введения. Для детей старше 1 месяца 20-40 мг/кг/сут, разделенная на 3 или 4 введения, младше 1 месяца – 15-20 мг/кг/сут, разделенная на 3 или 4 введения. Нет необходимости корректировать дозу у пожилых, больных почечной, печеночной недостаточностью. Дозы для отдельных показаний см. полную инструкцию по медицинскому применению. **Побочное действие:** транзиторная нейтропения, эозинофилия, агранулоцитоз, тромбоцитопения, анафилактические реакции; дисгевзия; было отмечено несколько случаев остановки сердца и дыхания, гипотензия после быстрого в/в введения; в/в введение может сопровождаться развитием тромбфлебита; боль в животе,

тошнота, рвота, диарея, желтуха; отклонения лабораторных показателей функции печени, макулопупулезная сыпь, крапивница, при в/м применении наблюдалось местное раздражение, боль и образование абсцесса. **Особенности применения:** Далацин Ц Фосфат для инъекций содержит бензиловый спирт. Лечение может сопровождаться развитием псевдомембранозного колита. Не следует назначать для лечения менингита. Для лечения беременных может быть назначен лишь в случае крайней необходимости. Парентеральная форма применяется у детей без возрастных ограничений. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** между клиндамицином и эритромицином существует антагонизм in vitro, эти два препарата не следует назначать одновременно. Клиндамицин может усиливать действие нейромускулярных блокаторов в организме. **Фармакологические свойства:** клиндамицин – полусинтетический антибиотик, который синтезируется из линкомицина путем замещения 7 – [R]-гидроксильной группы на 7 – [8]-хлор. **Условия отпуска:** по рецепту.

Перед использованием препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по применению.

Информация для врачей и фармацевтов. Предназначено для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

Регистрационное свидетельство МЗ Украины № UA 10372/01/01 от 29.01.2010.

За дополнительной информацией обращайтесь в: Представительство «Pfizer Н.С.Р. Corporation» в Украине: 03038, м. Киев ул. Амосова, 12, тел. (044) 291-60-50.

Эраксис (анидулафунгин) 1 флакон анидулафунгина 100 мг порошка для приготовления раствора для инфузий; вспомогательные вещества: фруктоза, маннит (Е 421), полисорбат 80, кислота винная.

Краткая инструкция для медицинского применения препарата

Показания: инвазивный кандидоз у взрослых пациентов, без нейтропении. **Способ применения и дозы:** лечение Эраксисом должно быть начато врачом, имеющим опыт в лечении инвазивных грибковых инфекций. Образцы для выделения грибковой культуры должны быть отобраны до начала терапии. Терапия может быть начата до получения результатов исследования образцов и после получения результатов, терапия может быть соответственно скорректирована. Эраксис применяют внутривенно капельно. Эраксис не должен применяться в виде болюсной инъекции. Лечение начинают с разовой нагрузочной дозы в первый день – 200 мг с последующим введением 100 мг препарата ежедневно. Продолжительность лечения зависит от клинического ответа пациента на терапию (более подробную информацию см. Инструкцию по применению). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активному веществу или другим компонентам препарата. Повышенная чувствительность к другим средствам класса эхинокандинов. **Побочное действие:** часто возникает: коагулопатия, гипокальциемия, судороги, головная боль, приливы, диарея, рвота, тошнота, повышение: АЛТ, щелочной фосфатазы, АСТ, билирубина, гаммаглутамилтрансферазы в крови, сыпь, зуд, повышение уровня креатинина в крови (более подробную информацию см. Инструкцию по применению). **Особенности применения:** коррекция дозы препарата не требуется для пациентов с недостаточностью печени, почек, включая пациентов, находящихся на диализе. Эраксис не диализируется. Коррекция дозы в зависимости от пола, массы тела, этнической принадлежности, наличия ВИЧ-инфекции (без нейтропении) или у пациентов пожилого возраста не требуется. Анидулафунгин не применяют в период беременности. При необходимости применения в период лактации Эраксиса необходимо прекратить кормление грудью. Препарат не применяют в педиатрической практике. В настоящее время эффективность препарата Эраксис у пациентов с нейтропенией и кандидемией и у пациентов с кандидозной инфекцией глубоких тканей или интраабдоминальным абсцессом или перитонитом не изучалась.

Отмечено усиление реакций, связанных с инфузионным введением препарата, при одновременном применении с анестетиками. Следует проявлять осторожность при совместном применении анидулафунгина и обезболивающих средств. Эраксис не следует принимать пациентам с редкими врожденными дефектами метаболизма фруктозы. Специальных исследований о влиянии препарата на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось, однако, следует принимать во внимание информацию, которая приведена в разделе «Побочные реакции». **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** анидулафунгин не является клинически значимой субстанцией, индуктором или ингибитором изоферментов цитохрома P450 (1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 3A). При совместном применении анидулафунгина с циклоsporином, вориконазолом или такролимом коррекция дозы одного из этих лекарственных средств не рекомендуется; при одновременном применении с амфотерицином В или рифампицином нет необходимости в коррекции дозы анидулафунгина. **Фармакологические свойства:** анидулафунгин – полусинтетический эхинокандин, липолипид, синтезируемый при ферментации продуктов *Aspergillus nidulans*. Анидулафунгин избирательно подавляет синтез 1,3-β-D глюкозы – важного фермента грибковой клетки, который отсутствует в клетках млекопитающих. Это приводит к нарушению формирования 1,3-β-D глюкозы, основного компонента стенки грибковой клетки. **Условия отпуска:** по рецепту. Перед использованием препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по применению. Информация для врачей и фармацевтов. Предназначено для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике. Регистрационное удостоверение МЗ Украины UA/12190/01/01 от 08.06.2012.

За дополнительной информацией обращайтесь в: Представительство «Файзер Эйч.Си.Пи. Корпорейшн» в Украине 03680, г. Киев ул. Н. Амосова, 12, тел. (044) 291-60-50.

Дифлюкан® (флуконазол) раствор для инфузий – 1 мл содержит 2 мг флуконазола, по 50 или 100 мл раствора во флаконе, по 1 флакону в картонной упаковке. Капсулы, 50 или 100 мг в одной капсуле, по 7 капсул в блистере для 50 мг, по 7 или по 10 капсул в блистере для 100 мг, по 1 блистеру в картонной упаковке.

Краткая инструкция для медицинского применения препарата

Показания: лечение криптококкового менингита; коксицидоз; инвазивных кандидозов; кандидозов слизистых оболочек, кандидозы, хронический отрофического кандидоза, кандидозы кожи и слизистых оболочек, хронический отрофического кандидоза при неэффективности местной терапии. Профилактика у взрослых рецидива криптококкового менингита; рецидива кандидоза ротоглотки или пищевода у пациентов с ВИЧ, профилактика кандидозных инфекций у пациентов с длительной нейтропенией. В т.ч. для пероральной формы лечения – вагинального кандидоза, кандидозного баланита, дерматомикозов, дерматофитного онихомикоза. Для профилактики – с целью снижения частоты рецидивов вагинального кандидоза. Дифлюкан® назначают детям от рождения для лечения кандидозов слизистых оболочек, инвазивных кандидозов, криптококкового менингита и для профилактики кандидозных инфекций у пациентов со сниженным иммунитетом. Капсульную форму используют у детей от 5 лет. Препарат можно применять как поддерживающую терапию для предупреждения рецидива криптококкового менингита у детей с высоким риском его развития. Терапию препаратом Дифлюкан® можно начинать до получения результатов культуральных и других лабораторных исследований, после получения результатов антибактериальную терапию следует скорректировать соответствующим образом. **Противопоказания:** гиперчувствительность к флуконазолу, другим азольным соединениям или к любому из вспомогательных веществ препарата. Одновременное применение флуконазола и терфенадина пациентам, которые применяют флуконазол многократно в дозах 400 мг/сут и выше, одновременно применение с лекарственными средствами, удлиняющими интервал QT и метаболизирующимися с помощью фермента CYP2A4. **Способ применения и дозы:** доза флуконазола зависит от вида и тяжести грибковой инфекции. Лечение инфекций следует продолжать до исчезновения клинических и лабораторных проявлений активности грибковой инфекции. Недостаточная продолжительность лечения может привести к возобновлению активного инфекционного процесса. Препарат применяют перорально или путем в/в инфузий. Способ применения препарата зависит от клинического состояния пациента. Нет необходимости в изменении суточной дозы препарата при изменении его применения с перорального на внутривенный и наоборот. Раствор для инфузий следует вводить со скоростью, не превышающей 10 мл / мин. При лечении инвазивных кандидозов у взрослых нагрузочная доза составляет 800 мг в первый день, поддерживающая доза – 400 мг/сут. Обычно рекомендуемая продолжительность лечения кандидидемии составляет 2 недели после первых отрицательных результатов культуры крови и исчезновения признаков и симптомов кандидидемии. Подробнее см. медицинскую инструкцию по применению. Не следует превышать максимальную суточную дозу для детей 400 мг. Дифлюкан® применяют 1 раз в сутки. **Побочные реакции:** головная боль, боль в животе, диарея, тошнота, рвота, сыпь, повышение уровня АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы крови. Не следует применять препарат в период беременности, кроме крайней необходимости. Кормить грудью можно продолжать после разовой применения обычной дозы флуконазола, которая составляет 200 мг или меньше. **Особенности применения:** пациентам с нарушением функции почек, печени препарат следует применять с осторожностью. Дифлюкан® следует с осторожностью применять пациентам с риском развития аритмий. Флуконазол является мощным ингибитором фермента CYP2C9 и умеренным ингибитором фермента CYP3A4. Также флуконазол является ингибитором фермента CYP2C19. Следует наблюдать за состоянием пациентов, одновременно применяющих Дифлюкан® и препараты с узким терапевтическим окном, которые метаболизируются при участии CYP2C9, CYP2C19 и CYP3A4. Пациентов следует проинформировать о возможности развития головокружения или судорог при применении препарата Дифлюкан®. При развитии таких симптомов не рекомендуется управлять транспортом или другими механизмами. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия:** противопоказано одновременное применение флуконазола и цизаприда, терфенадина, астемизола, пимозиды и хинидина. Не рекомендуется одновременное применение флуконазола и галофантрина. Одновременный прием пищи, цвететидина, антацидов или последующее облечение всего тела для пересадки костного мозга, не имеет клинически значимого влияния на абсорбцию флуконазола при его пероральном применении. Для пациентов, принимающих рифампицин, следует рассмотреть целесообразность повышения дозы флуконазола. Может быть необходима коррекция дозы альфентанила. Флуконазол усиливает

действие амтриптилина и нортриптилина. При одновременном применении флуконазола и варфарина сообщалось о случаях развития кровотечений. Дозу бензодиазепинов при одновременном применении с флуконазолом необходимо уменьшить. Может быть необходима коррекция дозы карбамазепина в зависимости от уровня его концентрации и действия препарата. Некоторые антагонисты кальция (нифедипин, исрадин, аллодин и фелодипин) метаболизируются ферментом CYP3A4. Рекомендован тщательный мониторинг развития побочных реакций. При одновременном применении целекоксиба и флуконазола может потребоваться снижение дозы целекоксиба вдвое. Одновременное применение циклофосфида и флуконазола приводит к повышению уровня билирубина и креатинина в сыворотке крови. Повышение концентрации фентанила может привести к угнетению дыхания, поэтому следует тщательно контролировать состояние пациента. Совместное применение флуконазола и ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, которые метаболизируются CYP3A4 (аторвастатин и симавастин), или ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, которые метаболизируются CYP2C9 (флувастатин), повышает риск развития миопатии и рабдомиолиза. Циклоsporин можно применять одновременно с флуконазолом при условии уменьшения дозы циклоsporина в зависимости от его концентрации. Флуконазол может повышать концентрацию зевролимуса, сиролимуса, такролимуса в сыворотке крови. Флуконазол угнетает метаболизм лозартана до его активного метаболита (Е-31 74), что обуславливает большую часть антагонизма к рецепторам ангиотензина II при применении лозартана. Флуконазол может повышать концентрацию метадона в сыворотке крови. Рекомендуется периодически осуществлять мониторинг побочных реакций и токсических проявлений, связанных с НПВП. Может понадобиться коррекция дозы НПВП при их одновременном применении. При одновременном применении с фентонином следует проводить мониторинг концентрации фентонила в плазме крови во избежание развития токсического действия фентонила. Флуконазол повышает концентрацию рифабутин в сыворотке крови, при одновременном применении флуконазол пролонгирует период полувыведения пероральных производных сульфонилмочевины. Пациентам, которые применяют теофиллин в высоких дозах, имеющих повышенный риск развития токсических проявлений теофиллина по другим причинам, следует проводить мониторинг по выявлению признаков развития токсического действия теофиллина. Флуконазол, вероятно вследствие ингибирования CYP3A4, может вызывать повышение концентрации алкалоидов барвинка в плазме крови, что приводит к развитию нейротоксических эффектов. При применении вориконазола после флуконазола следует проводить наблюдения относительно развития побочных эффектов, ассоциированных с вориконазолом. При применении комбинации с زيدовудином следует наблюдать за состоянием пациента относительно развития побочных реакций, связанных с применением زيدовудина. **Фармакологические свойства:** флуконазол, противогрибковое средство класса триазолов – мощный и селективный ингибитор грибковых ферментов, необходимых для синтеза эргостерола. Первичным механизмом его действия является подавление грибковой 14 альфа-настенстерол-деметилирования, опосредованного цитохромом P450, что является неотъемлемым этапом биосинтеза эргостерола. Аккумуляция 14 альфа-метил-стеролов коррелирует с последующей потерей эргостерола мембраной грибковой клетки и может отвечать за противогрибковую активность флуконазола. **Категория отпуска:** по рецепту.

Перед использованием препарата необходимо ознакомиться с инструкцией по применению. Информация для врачей и фармацевтов. Предназначено для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

Регистрационные свидетельства МЗ Украины № UA/5970/02/01, UA/5970/02/02, UA/5970/01/01 от 25.01.2012.

За дополнительной информацией обращайтесь в: Представительство «Pfizer Н. С. Р. Corporation» в Украине: 03038, м. Киев ул. Амосова, 12. Тел. (044) 291-60-50.



методов исследования, с целью исключения возможных ложноотрицательных результатов рекомендуется наблюдение за пациентом в течение 24 ч до исчезновения симптомов (В-III).

99. Если выполненные исследования не позволяют подтвердить или исключить диагноз острого аппендицита, рекомендуется тщательное наблюдение за больными (А-III).

100. При высокой вероятности аппендицита пациентов можно госпитализировать (А-III).

101. Всем больным с диагнозом аппендицита следует назначить антибиотикотерапию (А-II).

102. Препаратами выбора считаются антибиотики, обладающие активностью в отношении факультативных и аэробных грамотрицательных микроорганизмов, анаэробов. Эти антибиотики показаны для лечения пациентов с внебольничными ИАИ (табл. 1) (А-I).

103. При сомнительных результатах диагностических исследований у больных с подозрением на аппендицит противомикробную терапию рекомендуют проводить при необходимости в комбинации с анальгетиками и жаропонижающими средствами. У взрослых минимальная продолжительность приема антибиотиков составляет три дня (до исчезновения клинических симптомов и признаков инфекции или до постановки окончательного диагноза) (В-III).

104. При остром аппендиците без перфорации оперативное вмешательство следует выполнить безотлагательно. Операция может быть отложена только на короткое время (В-II).

105. Выбор метода вмешательства (лапароскопической или открытой аппендэктомии) зависит от опыта хирурга (А-I).

106. У части пациентов с острым неперфоративным аппендицитом допускается неоперативное лечение, если состояние больного накануне операции значительно улучшилось (В-II).

107. Неоперативное лечение допускается у мужчин при условии госпитализации до 48 ч после появления симптоматики выраженного улучшения клинических симптомов в течение 24 ч после начала противомикробной терапии (А-II).

108. При перфоративном аппендиците следует провести неотложное хирургическое вмешательство для обеспечения адекватного контроля над очагом инфекции (В-III).

109. При сформированном периаппендикулярном абсцессе проводят чрескожное дренирование или оперативное дренирование. Проведение аппендэктомии у таких больных обычно откладывают (А-II).

110. У пациентов, которые были госпитализированы через несколько дней после развития воспалительного процесса и у которых обнаружена периаппендикулярная флегмона или абсцесс небольших размеров, который не поддается чрескожному дренированию, можно отложить или не выполнять хирургическое вмешательство. Такая тактика дает возможность избежать выполнения более травмирующего вмешательства, чем обычная аппендэктомия. Этим больным назначают антибиотикотерапию при тщательном наблюдении в условиях стационара (В-II).

111. Проводить отсроченную аппендэктомию после чрескожного дренирования или неоперативного лечения перфоративного аппендицита не обязательно (А-II).

Перевод с англ. Вячеслава Клиимчука

Напечатано при поддержке Представительства «Файзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» в Украине

WUKTYG0314018

