

## Итраконазол

### Спектр действия

Препарат обладает широким спектром действия, включая многие виды грибов, высокоэффективен против аспергилл.

### Режим дозирования

Взрослые: 1–2 раза по 200 мг внутрь, во время приёма пищи. При тяжёлых инфекциях начальная доза составляет три раза по 200 мг внутрь в течение 4 дней, затем — два раза по 200 мг внутрь; или начальная доза — два раза по 200 мг внутривенно в течение 2 дней, затем — один раз 200 мг внутривенно.

При почечной недостаточности: снижать дозу при любой степени почечной недостаточности не требуется. Даже пациентам на гемодиализе показана стандартная доза препарата.

### Побочные эффекты

Тошнота, рвота, боли, головокружение, экзантема, аллергические реакции, повышение активности трансаминаз, гипокалиемия. При высоких дозах (600 мг/сут) возможна артериальная гипертензия, тяжёлая гипокалиемия, недостаточность гормонов коры надпочечников.

### Противопоказания

Период беременности и лактации, детский, подростковый возраст; противопоказан при тяжёлых нарушениях функции печени.

### Общие указания

Азольный дериват с хорошей переносимостью пациентами и широким спектром антимикотического действия. Плохо проникает в ликвор. Итраконазол замедляет выведение циклоsporина, дигоксина, фенитоина и варфарина. Метаболизм итраконазола, напротив, ускоряется при комбинировании с изониазидом, rifampицином, фенобарбиталом, карбамазепином.

## Кларитромицин (кларид)

### Спектр действия

Грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, в особенности стафилококки, стрептококки (только при аллергической реакции на пенициллины), пневмококки, *C. diphtheriae*, микоплазмы, *B. pertussis*, легионеллы, хламидии, кампилобактер, *Mycobacterium avium*. Эффективность *in vitro* выше, чем у эритромицина.

### Режим дозирования

Взрослые: два раза по 250–500 мг внутрь или два раза по 500 мг внутривенно.

- Дети: 15 мг/кг в сутки внутрь разделить на два приёма.

При почечной недостаточности (взрослые): если функция почек ограничена умеренно, в коррекции дозы нет необходимости. Только при клиренсе креатинина менее 30 мл/мин нужно уменьшить дозу наполовину. Общая продолжительность лечения не должна превышать 2 нед. Суммарная доза не должна быть более 250 мг/сут (при введении один раз в сутки).

**Режим дозирования при почечной недостаточности (дети)**

СКФ, мл/мин	Дозировка, % от стандартной дозы
40	100
20	50 (2 введения/приёма)
10	50 (2 введения/приёма)
Анурия	Нет данных

### Побочные эффекты

Иногда возможны гастроинтестинальные нарушения, редко — реакция гиперчувствительности, крайне редко — нарушения функции печени и нарушения ритма сердца с увеличением интервала Q-T.

### Противопоказания

Тяжёлая печёночная недостаточность, гиперчувствительность к макролидам, комбинация с цизапридом, пимозидом, терфенадином или астемизолом.

## Клиндамицин

### Спектр действия

Стрептококки, пневмококки, стафилококки, *Bacteroides fragilis* (резистентен примерно в 9%) и другие анаэробы.

### Режим дозирования

- Взрослые: 3–4 раза по 150–450 мг внутрь или 3–4 раза по 200–600 мг внутривенно.
- Дети старше 4 нед: 8–25 мг/кг в сутки внутрь разделить на 3–4 приёма или 15–40 мг/кг в сутки внутривенно разделить на 3–4 введения.

При почечной недостаточности (взрослые и дети): если функция почек ограничена, период полураспада клиндамицина не увеличивается, поэтому препарат можно назначать в стандартной дозе, независимо от степени поражения почек. Однако есть данные, что при СКФ < 10 мл/мин возможна кумуляция клиндамицина.

### Побочные эффекты

Псевдомембранозный колит, экзантема, лейкопения, повышение активности трансаминаз, диарея (до 10% случаев), тромбоз флегбит, редко — аллергические реакции.

### Противопоказания

Гиперчувствительность к линкозамидам, парентеральное введение детям младшего возраста (высокая



концентрация бензилалкоголя в качестве консервирующего средства).

### Особые указания

Препарат выбора при анаэробных инфекциях. При парентеральном введении обязательно нужно растворять.

### Ко-тримоксазол

#### Спектр действия

Пневмококки, стафилококки, гонококки, *E. coli*, сальмонеллы, шигеллы, клебсиеллы, протей, *Pneumocystis jirovecii (carinii)*; кроме энтерококков, стрептококков и псевдомонад.

#### Режим дозирования

- Взрослые: два раза по 160 мг триметоприма/800 мг сульфаметоксазола внутрь.
- Дети 6–12 лет: 160 мг триметоприма/800 мг сульфаметоксазола внутрь разделить на два приёма.
- Дети старше 6 мес: 80 мг триметоприма/400 мг сульфаметоксазола внутрь разделить на два приёма.
- Дети старше 6 нед: 40 мг триметоприма/200 мг сульфаметоксазола внутрь разделить на два приёма.

#### Режим дозирования при почечной недостаточности (взрослые)

СКФ, мл/мин	Дозировка
>30	Стандартная доза
15–30	1/2 стандартной дозы, контроль <sup>1</sup>
<15	Противопоказан

<sup>1</sup> Контроль: общей концентрации сульфаметоксазола в плазме крови; это необходимо провести через 12 ч после приёма препарата на 3-й день лечения. Прерывать терапию нужно, если общая концентрация препарата превысит 150 мкг/мл.

#### Режим дозирования при почечной недостаточности (дети)

СКФ, мл/мин	Дозировка, % от стандартной дозы
40	100
20	100 в первые 3 дня лечения, затем 20 (одномоментно)
10	Противопоказан
Анурия	Противопоказан

#### Побочные эффекты

Синдром Стивенса–Джонсона, редко — аллергические реакции, гастроинтестинальные нарушения, тромбопения, лейкопения, агранулоцитоз; серьёзные побочные эффекты чаще встречаются у пациентов старше 60 лет.

#### Противопоказания

Гиперчувствительность к сульфонидам, возраст младше 1 мес, острый гепатит, некоторые гемогло-

## Сальпингит (аднексит, воспалительные заболевания органов малого таза)

### Частые возбудители

Гонококки, хламидии, бактероиды, энтеробактерии, стрептококки, микоплазмы.

### Первичная терапия

— 250 мг цефтриаксона внутримышечно или внутривенно одномоментно, затем — доксициклин внутрь в течение 10–14 дней.

### Альтернативные препараты

Хинолоны 2-й или 3-й группы + метронидазол, амоксициллин/клавулановая кислота + хинолоны 2-й или 3-й группы.

### Особые указания

- Продолжительность лечения — 10–14 дней.
- По возможности, назначают обследование и лечение полового партнёра.
- В период беременности доксициклин следует заменить макролидом.
- Показана лапароскопия, если неинвазивные методы диагностики неэффективны.

## Синусит

### Частые возбудители

- Острый: пневмококки, *H. influenzae*, моракселлы, стафилококки.
- Хронический: пневмококки, стафилококки, *H. influenzae*, анаэробы.

### Первичная терапия

- Острый синусит: амоксициллин ± клавулановая кислота; ампициллин ± сульбактам в течение 10–14 дней.
- Хронический синусит: антибактериальная терапия зачастую неэффективна. При обострении лечение такое же, как при остром синусите.

### Альтернативные препараты

Острый синусит: цефалоспорины 2-го или 3-го поколения для приёма внутрь, макролиды, клиндамицин, хинолоны 3-й или 4-й группы.

### Особые указания

Резистентность пневмококков к пеницилинам определяют при минимальной ингибирующей концентрации, превышающей 1 мг/л; частичную резистентность — при минимальной ингибирующей концентрации 0,1–1 мг/л. В обоих случаях рекомендуется использовать цефотаксим, цефтриаксон, левофлоксацин, моксифлоксацин.



**Сифилис****Возбудитель***Treponema pallidum.***Первичная терапия**

- Первичный, вторичный и латентный сифилис продолжительностью менее 1 года: бензатина бензилпенициллин 2,4 млн МЕ внутримышечно одномоментно. При аллергической реакции на пенициллины назначают доксициклин (два раза по 100 мг внутрь в течение 14 дней) или цефтриаксон (1 г/сут внутримышечно или внутривенно в течение 8–10 дней).
- Сифилис продолжительностью более 1 года (латентный или кардиоваскулярный сифилис): бензатина бензилпенициллин 2,4 млн МЕ внутримышечно еженедельно в течение 3 нед. При аллергической реакции на пенициллины назначают доксициклин (два раза по 100 мг внутрь в течение 28 дней) или тетрациклин (четыре раза по 500 мг внутрь в течение 28 дней).
- Сифилис в период беременности: бензатина бензилпенициллин 2,4 млн МЕ внутримышечно. При аллергической реакции на пенициллины — цефтриаксон 250 мг/сут внутримышечно в течение 10 дней (исключить перекрёстную аллергическую реакцию!).
- Нейросифилис: показана госпитализация для проведения внутривенного лечения.

**Скарлатина**

См. «Тонзиллит».

**Средний отит****Частые возбудители**

- Взрослые и дети: примерно в половине случаев патологический процесс имеет вирусную этиологию. Другие возбудители — пневмококки, *H. influenzae* (в основном у детей), стрептококки, моракселлы.
- Дети младшего возраста: грамотрицательные бактерии, стафилококки, *H. influenzae*, стрептококки, пневмококки.

**Первичная терапия (при бактериальной этиологии)**

- Взрослые и дети: ампициллин ± сульбактам, амоксициллин ± клавулановая кислота.
- Дети младшего возраста: обязательна консультация педиатра.

**Альтернативные препараты**

Взрослые и дети: цефалоспорины 2-го поколения для приёма внутрь, азитромицин (детям — 30 мг/кг одномоментно).

**Общие указания**

- Детям в первую очередь проводят не антибактериальную, а анальгезирующую терапию. Антибиотики

## 16. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

### Сальмонеллоносительство в школе и детском саду

**Вопрос.** Когда может бессимптомный сальмонеллоноситель вернуться к учёбе в школе или детском саду либо к профессиональной деятельности?

**Ответ.** При выздоровлении, т.е. при отсутствии диареи. Оставлять ребёнка дома в течение недель или месяцев до тех пор, пока не прекратится бактериальное выделение, абсолютно бессмысленно с гигиенической и эпидемиологической точки зрения, это доставляет большие неудобства родителям и учителям. С гигиенической точки зрения при помощи довольно простых мероприятий можно предупредить перекрёстное инфицирование, просто учитывая, что данный ребёнок выделяет сальмонеллы. С эпидемиологической точки зрения следует отметить, что многие родители предпочитают не обращаться за медицинской помощью при лёгкой степени диареи у их детей. Кроме того, некоторые врачи, к которым обращаются родители в подобных ситуациях, не проводят исследование фекалий. Таким образом, многие случаи сальмонеллёза лёгкого течения вообще не диагностируются, и данные пациенты без какого-либо лечения продолжают посещать школы и детские сады.

Какие мероприятия показаны в отношении сальмонеллоносителя (длительное носительство на протяжении многих лет встречается лишь при инфицировании *Salmonella typhi* или *paratyphi*, но не при сальмонеллёзом энтерите)?

- Ребёнок не должен принимать участия в приготовлении пищи.
- После акта дефекации необходимо тщательно мыть руки. Правильное мытьё рук сначала всегда (в дальнейшем — периодически) должен контролировать воспитатель.
- После акта дефекации на стенках унитаза не должно оставаться следов фекалий (что также необходимо периодически контролировать).
- Общее использование полотенец необходимо исключить. Выделять ребёнку отдельный унитаз не целесообразно, так же, как и постоянно дезинфицировать сиденье после дефекации.

### Большого с гигиенической точки зрения не требуется!

Необходимо чётко представлять особенности фекально-орального механизма передачи сальмонелл; т.е. после выделения больным ребёнком определённого количества сальмонелл они попадают на руки или, после размножения на продуктах питания, в рот другого ребёнка. Возможность подобного пути передачи в детском саду при условии тщательного мытья рук практически исключена.

Тем не менее, если ребёнок-сальмонеллоноситель подвержен произвольным актам дефекации, он должен оставаться дома.



Взрослые пациенты — сальмонеллоносители — при отсутствии диареи также могут продолжать работу в банках, офисах и даже в клиниках (однако необходимо исключить контакт с иммунодефицитными больными, например, в отделениях трансплантации, новорождённых, интенсивной терапии). Только в учреждениях пищевой промышленности пациент не должен работать на протяжении всего времени, пока он остаётся бактериовыделителем.

### Скарлатина в школах и детских садах

**Вопрос.** Какие мероприятия необходимо провести при ещё не установленном или уже верифицированном массовом заболевании скарлатиной?

**Ответ.** В детском саду и школе вспышка скарлатины! Подобная информация наводит ужас на родителей, учителей и воспитателей. Тем не менее во многих случаях она вообще неверна, потому что, если у ребёнка покраснело лицо вследствие повышенной температуры тела, имеется положительный результат мазка со стенки глотки и увеличены шейные лимфатические узлы, это совсем не обязательно скарлатина. Скарлатину вызывают специфические, токсинпродуцирующие штаммы стрептококков группы А, и один случай заболевания ещё не вспышка. Только если в школе или детском саду в течение короткого промежутка времени зарегистрировано несколько случаев скарлатины, можно говорить о массовом характере заболевания. В этом случае необходимо провести сле-

дующие мероприятия: взять мазок со стенки глотки у контактировавших с больными лиц (например, члены семьи, близкие друзья, одноклассники); провести 10-дневный курс лечения пенициллином (при аллергической реакции на пенициллины — эритромицином) всех заболевших и даже бессимптомных носителей. Через 24 ч после начала лечения больные дети больше не заразны; таким образом, ребёнок может вернуться в любой общественный коллектив даже без письменного заключения врача. Через 3–4 дня после окончания курса лечения производят взятие контрольного мазка со стенки глотки. При выявлении бактерионосительства продолжают лечение клиндамицином или пероральными цефалоспоридами. Нельзя назначать повторный курс пенициллина, так как возможно носительство пеницилиназосинтезирующих штаммов, что делает терапию неэффективной и обусловит риск возникновения рецидива.

По окончании лечения не следует контролировать мазок со стенки глотки у пациентов с банальной стрептококковой ангиной, даже при её тяжёлом течении. У 20% правильно пролеченных пациентов при данном исследовании выявляют положительный результат, который не имеет никакого инфекционного или эпидемиологического значения. Чем чаще проводить контрольные мазки со стенки глотки при ангине, тем чаще возможны нерелевантные положительные результаты.