

№п/п	Патологія	Основний	Альтернативний	Коментарі
1.	Ревматизм в активні фазі	Бензілпеніцилін, 100 тис./кг. – 10 – 14 діб	Азітроміцин, 10 мг./кг. – 1-й день, 5 мг./кг. – до 10 діб.)	
2.	Ревматизм в неактивні фазі	Вторинна біцилінопрофілактика до 18-ти років: біцилін – 5, - 1,5млн. підліткам, 750тис. – дітям до 7 років		
3.	Реактивні артрити	Азітроміцин – 10мг./кг – 1-ий день, 5мг./кг. – до 5-ти днів	Кларітроміцин, левофлоксацин– 7,5мг/кг – 5 днів).	
4.	Гострий міокардит (неревматичний кардит) Хронічний кардит	Цефтріаксон, або цефатаксим – 100тис. /кг – 7-10 днів		
5.	Гострий перикардит	Цефтріаксон, або цефатаксим – 100тис. /кг – 7-10 днів		
6.	Гострий та підгострий ендокардит (інфекційний ендокардит)	Цефтріаксон, або цефатаксим – 100тис. /кг – 7-10 днів, гентаміцин – 5мг/кг – 7-10днів		
7.	Кардіоміопатії	При наявності бактеріальних інфекцій: цефтріаксон, або цефатаксим – 100тис. /кг – 7-10 днів, гентаміцин – 5мг./кг – 7-10днів		
8.	Вторинна кардіоміопатія	Цефтріаксон, або цефатаксим – 100тис. /кг 7-10 днів		
9.	Вузловата ерітема.	Бензілпеніцилін – 100тис./кг 7-10 днів	Азітроміцин – 10 мг/кг в перший день, 5 мг/кг – 3-5 днів	
10.	Природжені вади серця	За показами (пневмонії, інфекційний ендокардит) призначають антибіотики: цефтріаксон, або цефатаксим – 100тис. /кг 7-10 днів		
11.	Гострий гломерулонефрит, нефритичний	Аугментін 40 мг/кг/добу, або	Азітроміцин – 5-10 мг/кг/д 10 днів	

	синдром, ізольований сечовий синдром, гематурична форма хронічного гломерулонефриту	цефатоксім 100 мг/кг/добу 3 – 5 днів з переходом на цефіксім (лопракс, цефікс) 8 мг/кг /добу до 10-14 днів		
12.	Швидко прогресуючий нефритичний синдром	Аугментін 40 мг/кг/добу, або цефатоксім 100 мг/кг/добу 3 – 5 днів з переходом на цефіксім (лопракс, цефікс) 8 мг/кг /добу до 10-14 днів	Азітроміцин – 5-10 мг/кг/д 10 днів	
13.	Нефротичний синдром (гострий ГН з нефротичним синдромом, нефротичним синдромом з гіпертензією та/або гематурією). Хронічний ГН-нефротична форма та змішана форма. Гломерулярні порушення при: 1. системному червоному вовчакові; 2. геморагічному васкуліті; 3. Спадковій нефропатії; 4. синдромі Альпорта; 5. Хронічному гепатиті; 6.Вузликівому поліартеріїт	Аугментін 40 мг/кг/добу, або цефатоксім 100 мг/кг/добу 3 – 5 днів з переходом на цефіксім (лопракс, цефікс) 8 мг/кг /добу до 10-14 днів	Азітроміцин – 5-10 мг/кг/д 10 днів	
14.	Гострий пієлонефрит. Хронічний пієлонефрит	Цефотаксім або цефтріаксон або цефтазідім 100 мг/кг/д 3-4 дні, потім цефіксім (лопракс, цефікс) 8 мг/кг/д 7-10 днів, або аугментін 40 мг/кг/д,)	Цефтріаксон/сульбактам 100 мг/кг/д або цефепім або ціпрінол 10 мг/кг або амікацин 15мг/кг/д або азітроміцин 10-5 мг/кг/д, або кларітроміцин 7,5 мг/кг/д Уроантисептики – фурамаг 5 мг/кг/д, бісептол – 4-6 мг/кг/д по триметоприму, канефрон Н.	
15.	Гломерулярні порушення при гемолітикоуремічному синдромі	Аугментін 40 мг/кг/добу, або цефатаксім 100 мг/кг/добу 3 – 5 днів з переходом на цефіксім (лопракс, цефікс) 8 мг/кг /добу до 10-14 днів		
16.	Хронічний гломерулонефрит	Аугментін 40 мг/кг/добу або	Азітроміцин – 5-10 мг/кг/д 10 днів	

	(сечовий синдром, гематурична форма). Гломерулярні порушення при: Системному червоному вовчакові; Геморагічному васкуліті; Спадковому нефриті; Хронічному гепатиті; вузликовому поліартеріїті	цефатоксім 100 мг/кг/добу 3 – 5 днів з переходом на цефіксім (лопракс, цефікс) 8 мг/кг /добу до 10- 14 днів).		
17.	Гострий апендицит Катаральний та флегмонозний Гангренозний та перфоративний	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100мг/кг/добу 2-3 рази Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100мг/кг/добу 2-3 рази+амікацін 15/кг/добу 2 р+метронідазол 7,5 мг/кг 3 рази на добу		
18.	Фурункульоз, абсцеси м'яких тканин	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100 мг/кг/добу за 2-3 прийоми, або амікацін 15 мг/кг/д чи гентаміцин 3 мг/кг/д, або флемоксін 30-40 мг/кг/добу		
19.	Гострий гематогенний остеомієліт (відповідно до класифікації – форма локальна, септико-піємічна, токсична або атипова на фоні антибіотиків; стадія, ускладнення) Локальна форма Септико-піємічна та токсико-септична форми	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100 мг/кг/добу за 2-3 прийоми+лінкоміцин внутрішньокістково 10 мг/кг/добу Ванкоміцин 25-30 мг/кг/д за 2-3 прийоми + іміпінем/целастін 60-80 мг/кг/д за 4 прийоми, або меропенем 30-60 мг/кг/д за 3 прийоми ± метронідазол 7,5 мг/кг/3 рази на добу	Лінезолід 10 мг/кг/д або або тейкопланін 10 мг/кг добу за 1-2 прийоми + іміпінем/целастін 60-80 мг/кг/д в 4 прийоми або меропенем 30-60 мг/кг/д в 3 прийоми	При вірогідності чи підтвердженості MRSA схеми терапії доповнюються ріфампіціном 10 мг/кг/добу в 3 прийоми.
20.	Хронічний гематогенний остеомієліт в стадії загострення. При первинно-хронічному – форма:	Препарат визначається за чутливістю або цефотаксім чи цефтріаксон, місцево - лінкоміцин		

	<ul style="list-style-type: none"> - абсцес Броді; - склерозуючий Гарє; - Альбумінозний Ол'є; - антибіотичний. <p>З норицею або без неї. При ускладненому перебігу (патологічний перелом, вивих, хибний суглоб, укорочення або деформації кінцівки)</p>			
21.	Флегмона	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100 мг/кг/добу за 2-3 прийоми, або гентаміцин 3мг/кг/д чи амікацин 15 мг/кг/д + метронідазол 7,5 мг/кг кожні 8 годин при вірогідності анаеробної флори		
22.	Лімфаденіт	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100 мг/кг/добу за 2-3 прийоми; при локалізації в лімфоглотковому кільці+азітроміцин 10 мг/кг/д.		
23.	Гострий парапроктит	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100 мг/кг/добу за 2-3 прийоми + метронідазол 7,5 мг/кг/ кожні 8 годин при вірогідності анаеробної флори		
24.	Хронічний парапроктит	Цефотаксім, або цефтріаксон 80-100 мг/кг/добу за 2-3 прийоми чи за чутливістю мікрофлори до антибіотиків.		
25.	Розлитий перитоніт/сепсис	Іміпінем/целастін 60-80 мг/кг/д через 6 годин або меропенем 30-60 мг/кг/д через 6 годин або доріпенем + гентаміцин 3 мг/кг/д через 12 годин або амікацин 15 мг/кг/д через 12 годин + метронідазол	Гатіфлоксацін або левофлоксацін або цiproфлоксацін всі 8-10 мг/кг/д 1 раз на добу + метронідазол 7,5 мг/кг/д через 8 годин	При підозрі чи встановленні MRSA схема лікування доповнюється ванкоміціном 25-30 мг/кг/д через 8 годин або тейкопланіном 10 мг/кг/д 1-2 рази на добу

				або лінезолідом 10 мг/кг/д через 8 год
26.	<p>Пневмонія Вогнищева та сегментарна</p> <p>Вогнищево-зливна, полісегментарна та позалікарняна</p>	<p>При вогнищевих та сегментарних позалікарняних пневмоніях стартовим препаратом є пероральний амоксицилін у дозі 50 мг / кг/ добу в 3 прийоми, у дітей з груп ризику (організовані дитячі колективи, прийом антибіотиків протягом останніх 3-х міс.) застосовують амоксицилін + клавуланова кислота в дозі 45-50 мг / кг/добу</p> <p>При вогнищево-зливних, полісегментарних та дольових позалікарняних пневмоніях стартовим препаратом є ампіцилін 100 мг/кг/добу, введення в /в краплинно на фіз. розчині кожні 8 годин. У дітей до 5-ти років (висока вірогідність <i>Haemophilus influenzae</i> типу b), а також у тих, хто протягом останніх 3-х міс. отримувал антибіотики, при</p>	<p>За умови прийому антибіотиків пеніцилінового ряду протягом останніх 3-х міс., стартовими препаратами є цефалоспори́ни II-III покоління перорально: цефу́роксіму аксеті́л у дозі 15 мг/кг/при́йм двічі на добу, цефподоксим або цефтібутен у дозі 10/мг/кг/добу. При підозрі на пневмонію, спричинену атипичним збудником (<i>M. pneumoniae</i>, <i>C. pneumoniae</i>, <i>U. urealyticum</i> тощо) препаратами вибору є макроліди: азитроміцин у дозі 10 мг/кг/добу, кларітроміцин у дозі 15 мг/кг/добу у два прийоми.</p> <p>Якщо лікування препаратами пеніцилінового ряду не приносить очікуваного результату протягом 48-72 годин або стан дитини погіршується, проводиться зміна препарату на цефалоспори́ни III покоління: цефотаксім (100 мг / кг/добу), цефтріаксон (100 мг / кг/добу), цефтазідім або цефтріаксон/сульбактам 70-100 мг/кг/добу. Препаратом резерву є гатіфлоксаці́н у дозі 10 мг/кг/добу</p>	

	<p>Нозокоміальна</p> <p>Пневмонії у дітей з імунодефіцитом</p>	<p>ускладнених пневмоніях стартовим є амоксіцилін/клавуланат у дозі 25 мг/кг кожні 8 год в/в краплинно на фіз. розчині або ампіцилін/сульбактам у дозі 100 мг/кг/добу, введення кожні 8 год в/в краплинно на фіз. розчині. Після поліпшення стану дитини необхідно перейти на пероральний амоксіцилін (50 мг/кг/добу), амоксіцилін /клавуланова кислота (45-50 мг /кг/добу) або цефалоспори́ни II- III покоління перорально: цефуроксіму аксетіл у дозі 15 мг/кг/прийом двічі на добу, цефподоксім або цефтібутен у дозі 10/мг/кг/добу.</p> <p>При нозокоміальних пневмоніях призначають цефалоспори́ни III- IV поколінь з антисиньогнійною активністю: цефтазідім або цефоперазон або цефепім 100мг/кг/добу або інгібіторозахищені антисиньогнійні пеніциліни : тікарцилін / клавуланат у дозі 75 мг/кг кожні 8 г; піперацилін / тазобактам 90-125 мг/кг/д з аміноглікозидами: нетілміцин 6–7,5 мг/кг/добу, амікацин 15мг/кг/добу. При підозрі на Грам (+) етіологію пневмонії чи MRSA терапія доповнюється</p>	<p>в/в краплинно в 2 введення.</p> <p>Альтернативними препаратами є карбапенеми: іміпінем/целастін 15 мг/кг кожні 6 год , або меропенем 10-12 мг/кг кожні 8 год) та фторхінолони: гатіфлоксацін у дозі 10 мг/кг/добу в/в краплинно в 2 введення.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>ванкоміціном аіо таргоцідом або лінезолідом.</p> <p>Для емпіричної терапії у осіб з бактеріальною природою пневмонії використовують цефалоспорини III-IV поколінь в поєднанні з аміноглікозидами (нетілміцин, амікацін). При пневмоцистної етіології пневмонії застосовується ко-тримоксазол у високих дозах 8 мг/кг триметопріма та 40 мг/кг сульфаметоксазола кожні 8 год.</p>		
27.	Гострий бронхіоліт	<p>Показами для призначення антибактеріальної терапії є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність обтяженого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія та ін.); - підозра на нашарування бактеріальної інфекції: <ul style="list-style-type: none"> - стійка лихоманка з температурою тіла вище 39 С; - в`ялість, відмова від їжі; - наявність інфільтративних змін на рентгенограмі легень; - лейкоцитоз вище 15*10 Г/л <p>Препаратом вибору є пероральний амоксицилін у дозі 50 мг / кг/ добу в 3 прийоми або макроліди: азітроміцин у дозі 10 мг/кг/добу, кларітроміцин у дозі</p>		

		15 мг/кг/добу у два прийоми; цефалоспоріни II- III покоління: цефуроксіму аксетіл у дозі 15 мг/кг/прийом двічі на добу, цефподоксім або цефтібутен) у дозі 10/мг/кг/добу.		
28.	Гострий обструктивний бронхіт	Показами для призначення антибактеріальної терапії є: - наявність обтяженого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія та ін.); - підозра на нашарування бактеріальної інфекції: - стійка лихоманка з температурою тіла вище 39 С; - виражені симптоми інтоксикації; - наявність інфільтративних змін на рентгенограмі легень; - лейкоцитоз вище 15*10 Г/л Препаратом вибору є пероральний амоксицилін у дозі 50 мг / кг/ добу в 3 прийоми або макроліди: азітроміцин у дозі 10 мг/кг/, кларітроміцин у дозі 15 мг/кг/добу у два прийоми .		
29.	Діти оперовані з приводу закритої ЧМТ, краніопластики, вентрикулоперитонеостомії, видалення пухлини	Цефтріаксон, або цефотаксім 50 – 100 мг/кг/добу 5 діб		
30.	Відкрита ЧМТ, відкрита проникаюча ЧМТ	Цефтріаксон, або цефотаксім 75- 100 мг/кг/добу 7 діб	При небезпеці чи діагностиці MRSA терапія доповнюється ванкоміцином 25-30 мг/кг/д через	

			8 годин	
31.	Бактеріальний менінгіт, венірикуліт	Цефтріаксон або цефотаксім 75-100 мг/кг/добу + амікацін 15мг/кг/д або гентаміцин 3 мг/кг/д	При небезпеці чи діагностиці MRSA терапія доповнюється ванкоміцином 25-30 мг/кг/д через 8 годин або тейкопланіном 10 мг/кг/д 1 раз добу або лінезолідом 10 мг/кг/д через 8 годин. При підозрі на анаеробну мікрофлору – доповнюється метронідазолом 7,5 мг/кг кожні 8 годин.	
32.	Гострий гайморит, гострий етмоїдіт, гострий сфеноїдіт, гострий фронтит	Пероральні: амоксацілін /клавулонат 45-50 мг/кг/д через 8 годин Парентеральні антибіотики при лікуванні важких форм гострого синуситу в стаціонарі: амоксацілін/клавулонат 50 мг/кг/д через 8 годин	Цефуросім-аксетіл 20 мг/кг/д через 12 годин, або азітроміцин 10 мг/кг/д 1 раз на добу Цефтріаксон 100 мг/кг/д через 8 годин або гатіфлоксацін 8 мг/кг/д 1 раз добу	
33.	Гострий гнійний середній отіт	Амоксацілін\клавулонат 45-50 мг/кг/д через 8 годин, або цефуросім 20 мг/кг/д через 12 годин	Азітроміцин 8-10 мг/кг/д 1-2 рази на добу, або цефтріаксон 75-100 мг/кг/д через 8-12 годин	
34.	Гострий мастоїдіт	Цефотаксім 75-100 мг/кг/д через 8 - 12 годин, або цефтріаксон 75-100 мг/кг/д через 8-12 годин	Цефепім 30-50 мг/кг/д через 8-12 годин ± амікацін 15 мг/кг/д через 12 годин, або гентаміцин 3 мг/кг/д через 12 годин	
35.	Пневмонія у новонароджених Пневмонія новонароджених нозокоміальна	Ампіцилін/сульбактам 100 мг/кг/д через 8 годин + амікацін 15 мг/кг/д через 12 годин, або гентаміцин 3 мг/кг/д через 12 годин Цефтріаксон/сульбактам 75-100 мг/кг/д через 8 годин або імпінем/целастін 60-80 мг/кг/д	Цефтріаксон 75-100 мг/кг/д через 8 годин + амікацін 15 мг/кг/д через 12 годин, або гентаміцин 3 мг/кг/д через 12 годин	При підозрі на MRSA терапія доповнюється ванкоміцином 25-30 мг/кг/д через 8 годин, або тейкопланіном 10 мг/кг/д 1 раз на добу, або лінезолідом 10 мг/кг/д через 8 годин.

		через 6 годин або меропенем 60-80 мг/кг/ через 8 годин, або сульбактомакс 100 мг/кг/д через 8 годин + амікацін 15 мг/кг/д через 12 годин, або гентаміцин 3 мг/кг/д через 12 годин ± ванкоміцин 25-30 мг/кг/д через 8 годин або тейкопланін 10 мг/кг/д 1 раз на добу або лінезолід 10 мг/кг/д через 8 годин		
--	--	--	--	--

Сфера застосування локального протоколу, потенційні користувачі:

- лікарі відділень ОДКЛ в яких застосовуються антибактеріальні засоби.

Мета протоколу:

- підвищення ефективності лікування хворих.

Завдання розробки:

Визначити алгоритм застосування антибактеріальних засобів в комплексному лікуванні хворих з запальними, бактеріальними враження різних органів та систем.

Дата складання протоколу:

05.01.2014 року

Дата перегляду протоколу:

05.01.2015 року

Локальний протокол розроблений на основі «Стандартів та протоколів надання медичної допомоги дитячому населенню».

Робоча група розробників:

Завідуючі відділеннями:

Отоларингологічного відділення Лета О.І.

Педіатричного № 1 відділення Гумінська Г.С.

Гнійної хірургії Крамаренко А.В.

Хірургічно-торакального Потєєва Т.В.

Нейрохірургічного Паненко С.О.

Анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених Берцун К.Т.

Доц. курсу анестезіології та інтенсивної терапії Вінницького НМУ ім. М.І.Пирогова Дмитрієв Д.В.

Доцент кафедри педіатрії № 1 Вінницького НМУ ім. М.І.Пирогова Рубіна О.С.

Доцент кафедри педіатрії № 1 Вінницького НМУ ім. М.І.Пирогова Катілов О.В.

Узагальнення інформації: зав. відділенням анестезіології та інтенсивної терапії Стародуб А.І.

Рецензент:

Проф., д.м.н., зав. кафедрою педіатрії №2 Вінницького НМУ ім. М.І.Пирогова Дуднік В.М.