

## NACIONALINĖS RACIONALIAUS ANTIMIKROBINIŲ VAISTINIŲ PREPARATŲ VARTOJIMO REKOMENDACIJOS

### I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Nacionalinės racionalaus antimikrobinų vaistinių preparatų vartojimo rekomendacijos (toliau – Rekomendacijos) – tai empirinio infekcijų gydymo gairės, skirtos Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, gydytojams ir kitiems gydytojams specialistams, kurie savo praktikoje išrašo antimikrobinus vaistinius preparatus (toliau – AMP) pacientams. Rekomendacijų pagrindiniai tikslai:

1.1. užtikrinti tinkamą empirinį infekcinių ligų gydymą AMP, kol nepaaiškės sukėlėjas ir jo jautrumas AMP;

1.2. išvengti plataus spektro beta-laktaminių antibiotikų, fluorchinolonų ir kitų AMP vartojimo be aiškių klinikinių indikacijų;

1.3. sumažinti atsparių mikroorganizmų atsiradimo rizikas.

2. Prieš priimant sprendimą skirti pacientui AMP, rekomenduojama įvertinti galimą naudą bei riziką. Gydymo AMP skyrimas turi būti pagrįstas medicinos dokumentuose. Visais atvejais būtina atsižvelgti į šiuos sprendimui priimti svarbius veiksnius:

2.1. ankstesnį paciento gydymą AMP;

2.2. anksčiau buvusią dauginio mikroorganizmų atsparumo pacientui sukeltą infekciją;

2.3. alergiją ir kitus AMP pacientui sukeltus nepageidaujamus poveikius;

2.4. AMP vartojimo kontraindikacijas ir atsargumo priemones;

2.5. AMP penetraciją į infekcijos židinį;

2.6. gretutines paciento ligas ar būkles.

3. Būtina atidžiai vertinti pacientų būklę. Jeigu klinikinė paciento būklė neaiški, bet yra stabili, galima laukti ir AMP neskirti, toliau stebėti būklę ir vertinti laboratorinių bei kitų tyrimų rezultatus.

4. Rekomenduojama nuolatinė gydymo AMP priežiūra:

4.1. periodiškai vertinamas paciento gydymo AMP efektyvumas pagal vietinius ir (arba) bendrinius klinikinius požymius, mikrobiologinių ir (arba) kitų tyrimų rezultatus;

4.2. empirinis gydymas AMP koreguojamas gavus mikrobiologinių tyrimų rezultatus ir, jei įmanoma, pasirenkamas siauriausio veikimo spektro AMP;

4.3. jei ligos sukėlėjas nenustatomas mikrobiologiniais tyrimais, paciento empirinis gydymas pratęsiamas tik esant objektyviems vietiniams ir (ar) bendriniais infekcinės ligos požymiams;

4.4. siūloma vengti plataus spektro AMP skyrimo pacientui, ir juos skirti tik įvertinus visus rizikos veiksnius.

5. Visuotinai pripažinta, kad plataus spektro AMP vartojimas yra pagrindinis veiksnys, skatinantis *Acinetobacter spp.*, *Stenotrophomonas maltophilia*, meticilinui atsparių *Staphylococcus aureus* (toliau – MRSA), vankomicinui atsparių *Enterococcus spp.*, *Clostridioides difficile* ir grybinių infekcinių komplikacijų atsiradimą.

6. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad II ir III kartos cefalosporinų, fluorchinolonų, makrolidų vartojimas skatina MRSA paplitimą. II ir III kartos cefalosporinų vartojimas skatina ir gramneigiamų bakterijų, gaminančių plataus veikimo spektro betalaktamazes, selekciją, todėl, kai nėra aiškių AMP skyrimo indikacijų, rekomenduojama vengti nereikalingo jų skyrimo.

### II SKYRIUS

## VIRŠUTINIAI KVĖPAVIMO TAKAI

### PIRMASIS SKIRSNIS

#### ŪMINIS TONZILITAS, ŪMINIS FARINGITAS (TLK-10-AM KODAI: J02, J03.0 ir J03.8)

7. AMP skiriami įvertinus klinikinius simptomus pagal *Centor* kriterijus (1 balas kiekvienam simptomui, maksimumas 4 balai):

7.1. karščiavimas daugiau kaip 38 °C;

7.2. nėra kosulio;

7.3. tonzilių eksudatas;

7.4. priekinių kaklo limfmazgių padidėjimas;

7.5. 0–2 balai: AMP neskiriami;

7.6. 3–4 balai: AMP skiriami nedelsiant arba taikomas uždelstas AMP skyrimas;

7.7. jei paciento būklė sunki arba yra didelė komplikacijų rizika, AMP skiriami nedelsiant (žr. 7.8 papunktį);

7.8. pavojaus simptomai: sunku kvėpuoti, rijimo sutrikimai, labai stiprus ryklės skausmas, kaklo tinimas, galvos skausmas, sąmonės sutrikimas, labai bloga savijauta, gydant būklė negerėja.

8. Mikrobiologinė diagnostika: mikrobiologinius tyrimus tikslinga atlikti, kai nustatyti 3–4 *Centor* balai. Pirmo pasirinkimo tyrimas yra greitas A grupės beta-hemolizinių streptokokų testas (toliau – GAST). Tonzilių eksudato pasėlis atliekamas, jei nėra galimybės atlikti GAST arba jei gautas neigiamas GAST tyrimo rezultatas ir ligonio būklė blogėja. Jei įtariamas membraninis faringotonzilitas, gydytojų specialistų siuntimu atliekamas pasėlis difterijai nustatyti.

1 lentelė. Ūminio tonzilito, ūminio faringito (TLK-10-AM kodai: J02, J03.0 ir J03.8) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais\*

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas)</b>	1,0 MTV kas 6 val. arba 2,0 MTV kas 12 val.	5–10 d. <sup>1</sup>	<b>Klaritromicinas<sup>2</sup> p/o</b>	250 mg–500 mg kas 12 val.	5 d.
				<b>Eritromicinas<sup>3</sup> p/o</b>	250 mg–500 mg kas 6 val. arba 500 mg – 1000 mg kas 12 val.	5 d.
Vaikai	<b>Penicilinas V<sup>4</sup> (fenoksimetilpenicilinas)</b>	<b>1–11 mėnesio:</b> 62,5 mg (0,1 MTV) kas 6 val. arba 125 mg (0,2 MTV) kas 12 val. <b>1–5 metų:</b> 125 mg (0,2 MTV) kas 6 val. arba 250 mg (0,4 MTV) kas 12 val. <b>6–11 metų:</b> 250 mg (0,4–	5–10 d. <sup>1</sup>	<b>Klaritromicinas<sup>2</sup> p/o</b>	<b>1 mėn.–11 metų:</b> <b>Iki 8 kg:</b> 7,5 mg/kg kas 12 val. <b>8–11 kg:</b> 62,5 mg kas 12 val. <b>12–19 kg:</b> 125 mg kas 12 val. <b>20–29 kg:</b> 187,5 mg kas 12 val.	5 d.

		0,5 MTV) kas 6 val. arba 500 mg (0,8–1,0 MTV) kas 12 val. <b>12–17 metų:</b> 500 mg (0,8–1,0 MTV) kas 6 val. arba 1000 mg (1,6–2,0 MTV) kas 12 val.			<b>30–40 kg:</b> 250 mg kas 12 val. <b>12–17 metų:</b> 250–500 mg kas 12 val.	
--	--	--	--	--	--	--

<sup>1</sup> – simptomai gali sumažėti per 5 d., tačiau 10 d. gydymo kursas padidina mikrobiologinės sanacijos tikimybę ir sumažina infekcijos recidyvų atsiradimą

<sup>2</sup> – kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija

<sup>3</sup> – rekomenduojamas nėščiosioms, kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija

<sup>4</sup> – penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas): 1 mg = 1600 TV (tarptautiniai vienetai) arba 1 MTV (milijonas tarptautinių vienetų) = 625 mg

#### **Pastabos:**

1. Ūminis tonzilitas / faringitas dažnai klaidingai tapatinamas su nosiaryklės uždegimu ar tiesiog ūminiu peršalimu. Tai ryklės ir tonzilių uždegimas, kurio metu nėra vyraujančių kataro (slogos, kosulio) požymių.

2. Susidaręs eksudatas ar pūlingos apnašos ant tonzilių nėra skiriamasis virusinių ar bakterinių tonzilitų požymis – jų gali susidaryti tiek virusinių, tiek bakterinių tonzilitų atveju.

3. Dažniausiai ūminį tonzilitą / faringitą sukelia virusai (70–90 proc.): adeno virusai, rino virusai, korona virusai, rečiau *Herpes simplex*, gripo, paragripo, *Coxsackie A*, *Epstein-Barr* (EBV) ir citomegalo virusai. Iš bakterijų (10–30 proc.) dažniausias sukėlėjas yra *Streptococcus pyogenes* (A grupės beta-hemoliziniai streptokokai), rečiau C ir G grupės beta-hemoliziniai streptokokai.

4. *Staphylococcus aureus* išskyrimas mikrobiologiniuose pasėliuose iš ryklės dažniausiai yra susijęs su viršutinių kvėpavimo takų kolonizacija šia bakterija. Tik esant būdingai peritonozilinio pūlinio klinikai, *Staphylococcus aureus* gali būti vertinamas kaip sukėlėjas.

5. Jei yra 3–4 *Centor* kriterijai, priklausomai nuo ligos sunkumo, galima pasirinkti 2–3 d. AMP neskyrimo taktiką arba vaistus skirti iš karto, jei gaunamas teigiamas GAST tyrimo rezultatas.

6. Gydymas penicilinu, kaip ir kitais beta-laktaminiais antibiotikais, efektyvesnis, skiriant mažesnėmis dozėmis dažniau, pvz., penicilino paros dozę padalinant į 4 lygias dalis per parą, tačiau, esant reikalui, galima paros dozę išgerti per 2 kartus.

7. Nepageidaujamų reakcijų į vaistus ir atsparumo AMP išsivystymo rizika didėja ilgėjant AMP vartojimo trukmei, todėl daugumai pacientų rekomenduojama skirti fenoksimetilpenicilino 5 dienas. Patogeno eradikacija skiriant 10 dienų gydymo kursą fenoksimetilpenicilinu turėtų būti taikoma imunosupresiniams pacientams, įtariant skarlatiną, gydant infekcijos recidyvą, nesant pakankamo klinikinio atsako po 5 dienų gydymo kurso.

8. 5 dienų gydymo kursas klaritromicinu ar eritromicinu yra taip pat efektyvus, kaip ir gydant penicilinu 10 dienų. Tačiau penicilinas išlieka pirmo pasirinkimo antibiotikas, nes skiriant makrolidus yra tikimybė, kad sukėlėjas bus atsparus eritromicinui ar klaritromicinui, sukeliama daugiau šalutinių reiškinių, didesnė rizika, kad pacientas įgis *Clostridioides difficile* infekciją, be to, bus didinamas atsparumas AMP.

9. Jei vartojami aminopenicilinai infekcinės mononukleozės metu, išprovokuojamas bėrimas, kuris gali būti gydytojo klaidingai įvertintas kaip alergija penicilinų klasės AMP.

#### **\*Šaltiniai:**

1. *Sorethroat (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline, išleista 2018 m. sausio 26 d.*; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84>.

2 *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization; 2022.*

### **ANTRASIS SKIRSNIS**

## ŪMINIS SINUSITAS (TLK-10-AM KODAS: J01)

9. Mikrobiologinė diagnostika: nekomplikuotais atvejais pasėlis neatliekamas. Prienosinių ančių punktato pasėlis atliekamas tik esant komplikacijoms. Pasėlis iš nosies ar nosiaryklės neinformatyvus.

2 lentelė. Ūminio sinusito (TLK-10-AM kodas: J01) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas)</b>	1,0 MTV kas 6 val.	5 d.	<b>Klaritromicinas<sup>1</sup> p/o</b>	500 mg kas 12 val.	5 d.
	<b>Amoksicilinas<sup>2</sup> p/o</b>	500 mg kas 8 val.	5 d.	<b>Amoksicilinas/klav.r.<sup>3,5</sup> p/o</b>	500 mg /125 mg kas 8 val.	5 d.
Vaikai	<b>Penicilinas V<sup>6</sup> (fenoksimetilpenicilinas)</b>	<b>1–11 mėnesių:</b> 62,5 mg (0,1 MTV) kas 6 val. <b>1–5 metų:</b> 125 mg (0,2 MTV) kas 6 val. <b>6–11 metų:</b> 250 mg (0,4–0,5 MTV) kas 6 val. <b>12–17 metų:</b> 500 mg (0,8–1,0 MTV) kas 6 val.	5 d.	<b>Klaritromicinas<sup>1</sup> p/o</b>	<b>1 mėn.–11 metų:</b> <b>Iki 8 kg:</b> 7,5 mg/kg kas 12 val. <b>8–11 kg:</b> 62,5 mg kas 12 val. <b>12–19 kg:</b> 125 mg kas 12 val. <b>20–29 kg:</b> 187,5 mg kas 12 val. <b>30–40 kg:</b> 250 mg kas 12 val. <b>12–17 metų:</b> 250–500 mg kas 12 val.	5 d.
	<b>Amoksicilinas p/o</b>	<b>1–11 mėnesių:</b> 125 mg kas 8 val. <b>1–4 metų:</b> 250 mg kas 8 val. <b>5–17 metų:</b> 500 mg kas 8 val.	5 d.	<b>Amoksicilinas/klav.r.<sup>3</sup> p/o</b>	<b>1–11 mėnesių:</b> Iš 125/31 suspensijos 0,25 ml/kg kas 8 val. <b>1–5 metų:</b> Iš 125/31 suspensijos 5 ml kas 8 val. arba 0,25 ml/kg kas 8 val. <b>6–11 metų:</b> Iš 250/62 suspensijos 5 ml kas 8 val. arba 0,15 ml/kg kas 8 val. <b>12–17 metų:</b> 250/125 mg	5 d.

					arba 500/125 mg kas 8 val.
--	--	--	--	--	----------------------------

<sup>1</sup> – kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija, galima skirti ir nėsčiosioms, nors saugiau skirti eritromicino

<sup>2</sup> – amoksicilino dozė suaugusiesiems gali būti didinama iki 1000 mg kas 8 val.

<sup>3</sup> – kai nėra klinikinio atsako į amoksiciliną (pastaba Nr. 7.2)

<sup>4</sup> – rekomenduojamas nėsčiosioms, kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija

<sup>5</sup> – amoksicilino su klavulano r. dozė suaugusiesiems gali būti didinama iki 875 mg/125 mg kas 8 val.

<sup>6</sup> – penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas): 1 mg = 1600 TV (tarptautiniai vienetai) arba 1 MTV (milijonas tarptautinių vienetų) = 625 mg

#### Pastabos:

1. 80 proc. atvejų ūminis rinosinusitas praeina per 14 d. neskiriant AMP.

2. Dažniausi bakteriniai sukėlėjai: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catharrhalis*.

3. Nerekomenduojama pradėti gydyti AMP, jeigu simptomai trunka 10 arba mažiau dienų (gali būti skiriami nesteroidiniai priešuždegiminiai preparatai skausmui malšinti, vietiniai dekongestantai).

4. Jeigu simptomai trunka daugiau kaip 10 d., priklausomai nuo ligonio būklės:

4.1. AMP neskiriamas;

4.2. išrašomas AMP receptas, kurį rekomenduojama panaudoti, jei simptomai sunkėja arba negerėja 7 d.;

4.3. AMP paskiriamas iš karto.

5. Gydomo taktika peržiūrima, jei neskiriant AMP simptomai sunkėja.

6. Gydomas AMP rekomenduojamas, kai nepriklausomai nuo ligos trukmės:

6.1. paciento klinikinė būklė labai sunki;

6.2. yra komplikacijų ar sunkesnės infekcijos požymių;

6.3. yra didelė komplikacijų rizika.

7. Jei po 24–48 val. nėra atsako į gydymą AMP, simptomai sunkėja ir būklė negerėja, reikia:

7.1. įvertinti kitas galimas diagnozes;

7.2. skirti AMP, veikiantį prieš anaerobus, pvz., amoksiciliną su klavulano r.;

7.3. išsiaiškinti antibiotikų vartojimo istoriją, siekiant įvertinti galimą mikroorganizmo atsparumą antibiotikams.

\*Šaltiniai: *Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline, išleista 2017 m. spalio 27 d.; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng79>;*

## TREČIASIS SKIRSNIS

### ŪMINIS VIDURINĖS AUSIES UŽDEGIMAS (TLK-10-AM KODAS: H66.0)

10. Mikrobiologinė diagnostika: nekomplikuotais atvejais pasėlis neatliekamas. Pūlių iš vidurinės ausies pasėlis atliekamas tik esant komplikacijoms. Pasėlis iš nosiaryklės neturi diagnostinės ar klinikinės reikšmės.

3 lentelė. Ūminio vidurinės ausies uždegimo (TLK-10-AM kodas: H66.0) gydymas antimikrobiniais vaistiniaisiais preparatais

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Amoksicilinas<sup>4</sup></b> <b>p/o</b>	500 mg kas 8 val.	5–7 d.	<b>Klaritromicinas<sup>1</sup></b> p/o	250 mg–500 mg kas 12 val.	5–7 d.

				<b>Amoksicilinas/klav.r.<sup>2,5</sup> p/o</b>	500 mg/125 mg kas 8 val.	5–7 d.
				<b>Eritromicinas<sup>3</sup> p/o</b>	250 mg–500 mg kas 6 val.	5–7 d.
Vaikai	Amoksicilinas p/o	<b>1–11 mėnesių:</b> 125 mg kas 8 val. <b>1–4 metų:</b> 250 mg kas 8 val. <b>5–17 metų:</b> 500 mg kas 8 val.	5–7 d.	<b>Klaritromicinas<sup>1</sup> p/o</b>	<b>1 mėn.–11 metų:</b> <b>Iki 8 kg:</b> 7,5 mg/kg kas 12 val. <b>8–11 kg:</b> 62,5 mg kas 12 val. <b>12–19 kg:</b> 125 mg kas 12 val. <b>20–29 kg:</b> 187,5 mg kas 12 val. <b>30–40 kg:</b> 250 mg kas 12 val. <b>12–17 metų:</b> 250–500 mg kas 12 val.	5–7 d.
				<b>Amoksicilinas/klav.r.<sup>2</sup> p/o</b>	<b>1–11 mėnesių:</b> Iš 125/31 suspensijos 0,25 ml/kg kas 8 val. <b>1–5 metų:</b> Iš 125/31 suspensijos 5 ml kas 8 val. arba 0,25 ml/kg kas 8 val. <b>6–11 metų:</b> Iš 250/62 suspensijos 5 ml kas 8 val. arba 0,15 ml/kg kas 8 val. <b>12–17 metų:</b> 250/125 mg arba 500/125 mg kas 8 val.	5–7 d.

<sup>1</sup> – kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija; galima skirti ir nėščiosioms, nors saugiau skirti eritromicino

<sup>2</sup> – kai nėra klinikinio atsako į amoksiciliną (pastaba Nr. 7)

<sup>3</sup> – rekomenduojamas nėščiosioms, kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija

<sup>4</sup> – amoksicilino dozė suaugusiesiems gali būti didinama iki 1000 mg kas 8 val.

<sup>5</sup> – amoksicilino su klavulano r. dozė suaugusiesiems gali būti didinama iki 875 mg/125 mg kas 8 val.

#### **Pastabos:**

1. Ūminis vidurinės ausies uždegimas dažniausiai pasireiškia kūdikiams ir jaunesniems nei 5 metų vaikams. Suaugusiesiems ūminė vidurinės ausies infekcija yra reta.

2. Ūminis vidurinės ausies uždegimas dažnai būna virusinės kilmės, tačiau retais atvejais gali komplikuotis bakterine infekcija. Dažniausi bakteriniai sukėlėjai: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catharrhalis*.

3. Daugumai nesunkių atvejų vaikams ir suaugusiesiems galima skirti simptominį gydymą be AMP, jei:

3.1. vidurinės ausies uždegimas tęsiasi < 4 d.;

3.2. nėra karščiavimo ir stipraus skausmo;

3.3. nėra būgnelio perforacijos ir sekrecijos iš ausies;

3.4. 6–24 mėn. amžiaus vaikui yra tik vienos ausies uždegimas be būgnelio perforacijos ir sekrecijos iš ausies.

4. Gydymo taktika peržiūrima, jei skiriant tinkamas paracetamolio arba ibuprofeno dozes, simptomai sunkėja arba 3 paras negerėja.

5. Kai nėra karščiavimo ir stipraus skausmo, tačiau yra būgnelio perforacija ir sekrecija iš ausies, galima taikyti šias AMP skyrimo taktikas:

5.1. AMP neskiriamas ir 3 paras gydoma tinkamomis paracetamolio arba ibuprofeno dozėmis;

5.2. išrašomas AMP receptas, kurį rekomenduojama panaudoti, jei simptomai sunkėja arba 3 paras negerėja;

5.3. AMP paskiriamas iš karto (dažniau taikoma vaikams).

6. Gydymas AMP rekomenduojamas:

6.1. esant stipriam skausmui bent 48 val. bei karščiavimui 39 °C ir daugiau;

6.2. kai paciento klinikinė būklė labai sunki;

6.3. kai vidurinės ausies uždegimas tęsiasi 4 d. ir ilgiau;

6.4. kai yra komplikacijų arba didelė jų rizika;

6.5. vaikams iki 6 mėn. amžiaus su vienpusiu arba abipusiu vidurinės ausies uždegimu;

6.6. 6–24 mėn. amžiaus vaikams su abipusiu vidurinės ausies uždegimu;

6.7. esant imunosupresijai.

7. Jei paskyrus amoksiciliną po 48 val. nėra klinikinio efekto, rekomenduojama pasirinkti plačiau veikiantį antibiotiką, pvz., amoksiciliną su klavulano r.

\*Šaltiniai:

1. *Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline, išleista 2018 m. kovo 28 d., paskutinis atnaujinimas 2022 m. kovo 11 d.; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng91>*

2. *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization; 2022.*

### **III SKYRIUS APATINIAI KVĖPAVIMO TAKAI**

#### **PIRMASIS SKIRSNIS ŪMINIS BRONCHITAS (TLK-10-AM KODAS: J20)**

11. Mikrobiologinė diagnostika: nekomplikuotais atvejais pasėlis neatliekamas.

4 lentelė. Ūminio bronchito (TLK-10-AM kodas: J20) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais

<b>Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai</b>	<b>Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai</b>
--	---

Pacientų grupė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Virusinis (ne gripo sukeltas) ūmus bronchitas:</b> paprastai antibakterinių vaistų skirti nerekomenduojama <b>Jei yra didelė komplikacijų rizika:</b> <b>Amoksicilinas</b> p/o	po 500 mg kas 8 val.	5 d.	<b>Jei yra didelė komplikacijų rizika:</b> <b>Doksiciklinas</b> p/o	200 mg x 1 k/d pirmą dieną, vėliau po 100 mg x 1 k/d	5 d.
				arba <b>Klaritromicinas</b> <sup>1</sup> p/o	po 250–500 mg kas 12 val.	5 d.
				arba <b>Eritromicinas</b> <sup>2</sup> p/o	po 250–500 kas 6 val. arba 500–1000 mg kas 12 val.	5 d.
Vaikai	<b>Amoksicilinas</b> p/o	10–25 mg/kg kas 8 val. Nuo 12 m – kaip suaugusiesiems		<b>Klaritromicinas</b> p/o	7,5–15 mg/kg kas 12 val.	5 d.
				arba <b>Eritromicinas</b> p/o	10 mg/kg kas 6 val.	5 d.
				arba <b>Doksiciklinas</b> (tik nuo 12 metų):	12–17 metų: po 200 mg x 1 k/d (pirmą dieną), vėliau po 100 mg x 1 k/d	5 d.

<sup>1</sup> – kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija; galima skirti ir nėščiosioms, nors saugiau skirti eritromicino

<sup>2</sup> – rekomenduojamas nėščiosioms, kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija

#### **Pastabos:**

1. 90 proc. atvejų ūminį bronchitą sukelia virusai, kurie AMP negydomi ir praėina be gydymo AMP. Kosulys gali išlikti iki 3 savaičių. Tipinė situacija – ūminis kosulys su viršutinių kvėpavimo takų kataro reiškiniais.

2. Padidintos rizikos pacientams (asmenims, vyresniems kaip 65 m. amžiaus ir sergantiems lėtinėmis ligomis) gripo sezono metu, kai visuomenėje cirkuliuoja gripo virusas, esant bronchito požymiams rekomenduojami antivirusiniai vaistai gripo infekcijai gydyti – neuraminidazių inhibitoriai (oseltamiviras, zanamiviras).

3. Nustačius didelę komplikacijų riziką (ištyrus pacientą): numatyti arba skirti gydymą AMP.

4. Didesnės komplikacijų rizikos grupei priklauso asmenys su lydinčiais susirgimais, asmenys, vyresni kaip 65 m. amžiaus, kuriems būdingi 2 ar daugiau toliau nurodytų kriterijų, arba asmenys, vyresni nei 80 m. amžiaus, kuriems būdingas 1 ar daugiau toliau nurodytų kriterijų:

- 4.1. per paskutinius metus buvo hospitalizuoti;
- 4.2. serga I ar II tipo cukriniu diabetu;
- 4.3. diagnozuotas stazinis širdies nepakankamumas;
- 4.4. vartoja kortikosteroidus.

5. Esant ūminiam bronchitui, kai C reaktyvus baltymas (CRB):

- 5.1. CRB < 20 mg/l: paprastai antibakteriniai vaistai neskiriami;
- 5.2. CRB 20–100 mg/l: dėl gydymo AMP paskyrimo sprendžiama individualiai;
- 5.3. CRB > 100 mg/l: skiriamas gydymas AMP.



6. Neskirti mukolitikų ir peroralinių ar inhaliacijų bronchodilatatoriais ar peroralinių ar inhaliacinių kortikosteroidų, nebent jie būtų indikuotini.

### ANTRASIS SKIRSNIS ŪMINĖ PNEUMONIJA (TLK-10-AM KODAI: J13, J14, J15, J18)

12. Mikrobiologinė diagnostika: priklauso nuo pneumonijos sunkumo.
13. Visuomenėje įgytos pneumonijos diagnostikos kriterijai yra šie:
- 13.1. naujai atsiradę apatinių kvėpavimo takų infekcijos simptomai (karščiavimas – svarbiausias; kiti (galimi, bet nebūtinai): kosulys, skrepliavimas, dusulys, krūtinės skausmas);
- 13.2. radiologiniai plaučių infiltracijos požymiai (pastaba: pirmąsias 48 val. nuo ligos pradžios rentgeninių plaučių infiltracijos požymių gali nebūti).
14. Papildomi pneumonijos kriterijai:
- 14.1. auskultuojant plaučius, girdėti smulkių drėgnų karkalų arba krepitacija (pirmosiomis ligos dienomis karkalų galima ir neišgirsti, bet girdimas silpnas vezikulinis kvėpavimas);
- 14.2. padidėjusi CRB koncentracija, leukocitozė, leukocitų formulės nuokrypis į kairę, padidėjęs eritrocitų nusėdimo greitis.
15. Pneumonijos diagnozė laikoma neabejotina, kai yra rentgeninių plaučių infiltracijos požymių, karščiavimas ir (ar) leukocitozė.
16. Ambulatorinėmis sąlygomis galima gydyti nesunkią pneumoniją, kai yra sąlygos užtikrinti tinkamą ambulatorinį gydymą. Būklės sunkumas vertinamas pagal galiojančius vaikų ir suaugusių pneumonijų diagnostikos sutarimus: metodinio dokumento „Pneumonija“, parengto pagal Projektą „Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, parengiant pagrindines mirties priežastis Lietuvoje lemiančių ligų ir sveikatos sutrikimų integruotos sveikatos priežiūros standartus“ Nr. 10.1.3-ESFA-V-918-01-0009“ (2021-07-20) ir „Lietuvos vaikų pneumonijų diagnostikos ir gydymo sutarimas (Paskelbta 2014 m. vasario 4 d.)“ turinius.

### TREČIASIS SKIRSNIS NESUNKI, VISUOMENĖJE ĮGYTA PNEUMONIJA

17. Mikrobiologinė diagnostika: netikslinga.

5 lentelė. Nesunkios ūminės visuomenėje įgytos pneumonijos (TLK-10-AM kodai: J13, J14, J15, J18) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais

Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai				Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
Pacientų grupė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Amoksicilinas</b> <sup>1</sup> p/o	1000 mg kas 6–8 val.	5 d.	<b>Doksiciklinas</b> p/o	po 200 mg x 1 k/d (pirmą dieną), vėliau po 100 mg x 1 k/d.	5 d.
				arba <b>Klaritromicinas</b> <sup>1,2</sup> p/o	po 500 mg kas 12 val.	5 d.
				arba <b>Eritromicinas</b> <sup>1,3</sup> p/o	po 500 mg kas 6 val.	5 d.
Vaikai	<b>Amoksicilinas</b> p/o	10–25 mg/kg kas 8 val. Nuo 12 m – kaip suaugusiesiems	5–7 d.	<b>Klaritromicinas</b> p/o	5–15 mg/kg kas 12 val.	5–7d.
				arba <b>Doksiciklinas</b> p/o (tik nuo 12 metų amžiaus)	12–17 metų: po 200 mg x 1 k/d (pirmą dieną), vėliau po 100 mg x 1 k/d.	5–7d.

<sup>1</sup> – esant alergijai arba įtariant / nustatius atipinių mikroorganizmų sukeltos pneumonijos požymių: *L. pneumophila*, *M. pneumoniae* *C. Pneumoniae* (gydyti atipinei pneumonijai skiriama klaritromicino ar eritromicino nuo 5 iki 14 d.); asmenims, sergantiems lėtine plaučių liga (LOPL, bronhektazėmis) ir dažnai turintiems antibiotikais gydomų paūmėjimų, kai yra didelė beta laktamazes gaminančio *Haemophilus influenzae* tikimybė, tikslinga skirti amoksiciliną su klavulano rūgštimi (skiriama tiek, kad amoksicilino paros dozė būtų 3–4 g);

<sup>2</sup> – kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija; galima skirti ir nėsčiosioms, nors saugiau skirti eritromicino

<sup>3</sup> – rekomenduojamas nėsčiosioms, kai yra beta-laktaminių antibiotikų netoleravimas arba alergija

**Pastaba:** gydymą AMP galima nutraukti, jei gydymo trukmė – penkios dienos, kai pacientas nekarščiuoja  $\geq 24$  valandas, jo hemodinamika stabili ir nėra paūmėjusios sunkios gretutinės patologijos.

\*Šaltiniai:

1. Metodinis dokumentas „Pneumonija“, parengtas pagal Projektą „Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, parengiant pagrindines mirties priežastis Lietuvoje lemiančių ligų ir sveikatos sutrikimų integruotos sveikatos priežiūros standartus“ Nr. 10.1.3-ESFA-V-918-01-0009, 2021 liepa.

2. *Summary of antimicrobial prescribing guidance – managing common infections. National Institute for Health and Care Excellence, Public health England, 2019 m. rugsėjis.*

## IV SKYRIUS ŠLAPIMO TAKŲ INFEKCIJOS

### PIRMASIS SKIRSNIS ŠLAPIMO TAKŲ INFEKCIJŲ MIKROBIOLOGINĖ DIAGNOSTIKA

18. Mikrobiologinė diagnostika: šlapimo pasėlis atliekamas:

18.1. vyresniems nei 65 m. pacientams, turintiems šlapimo takų infekcijos (toliau – ŠTI) simptomus;

18.2. įtariant pielonefritą;

18.3. įtariant ŠTI vyrams;

18.4. nėsčiosioms, turinčioms ŠTI simptomus;

18.5. išliekant simptomams ir nesant atsako į paskirtus AMP;

18.6. kartojantis ŠTI (2 epizodai per 6 mėn. arba 3 epizodai per 12 mėn.);

18.7. turintiems ilgalaikius šlapimo pūslės kateterius.

### ANTRASIS SKIRSNIS ŪMINIS VISUOMENĖJE ĮGYTAS NEKOMPLIKUOTAS CISTITAS (TLK-10-AM KODAS: N30.0)

6 lentelė. Ūminio visuomenėje įgyto nekomplikuoto cistito (TLK-10-AM kodas N30.0) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais

	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Nitrofurantoinas</b> (trumpo veikimo)	100 mg kas 6–12 val.	3–5 d. (moterims)	<b>Fosfomicinas</b> <sup>1</sup>	3 g	Vienkartinė dozė
	<b>Nitrofurantoinomo nohidratas</b> (prailginto veikimo)	100 mg kas 12 val.	7 d. (vyrams)	<b>Trimetoprimas</b>	160 mg kas 12 val.	3–5 d. (moterims) 7 d. (vyrams)
Nėsčiosios	<b>Nitrofurantoinas</b> <sup>2</sup> (trumpo veikimo)	100 mg kas 6–12 val.	5 d.	<b>Cefadroksilis</b>	500 mg kas 12 val.	5 d.
Vaikai	<b>Nitrofurantoinas</b> <sup>3</sup>	5–8 mg/kg (per	3–5 d.	<b>Trimetoprimas</b> <sup>3</sup>	6–8 mg/kg	3–5 d.

	(trumpo veikimo)	3–4 x)			(per 2x)	
--	------------------	--------	--	--	----------	--

<sup>1</sup> – moterims

<sup>2</sup> – nerekomenduojama I ir III nėštumo trimestre

<sup>3</sup> – iki 6 mėn. amžiaus gydomi stacionare

**Pastabos:**

1. Ūminis nekomplikuotas cistitas diagnozuojamas ūminio cistito požymius turintiems pacientams (moterims – nenėščioms, iki menopauzės), nesant anatominių ar funkcinų šlapimo takų pokyčių (tokių kaip akmenligės, obstrukcijos, stentai, šlapimo pūslės kateteriai) arba gretutinių ligų), kuriems nenustatomi viršutinių šlapimo takų ar sisteminės infekcijos požymiai. Imunosupresiniai pacientai (kuriems diagnozuota neutropenija ar yra išreikšta žmogaus imunodeficito infekcija, pacientai po organų transplantacijų) arba nekontroliuojamu cukriniu diabetu sergantys pacientai nėra priskiriami komplikuotiems cistito atvejams, jei jiems nenustatoma sisteminės infekcijos arba pielonefrito požymių. Visgi šiems pacientams būtina aktyvi stebėseną, nes tai padidintos rizikos sunkesnėms infekcijoms pacientai. Įtariant galimą neveiksmingą gydymą ar stebint netipinius požymius, šie pacientai turėtų būti įvertinami papildomai dėl galimo gydymo keitimo iš nekomplikuoto į komplikuoto ūminio cistito režimą.

2. Visuomenėje įgytą nekomplikuotą ūminį cistitą dažniausiai sukelia *Escherichia coli*. Kiti galimi dažnesni sukėlėjai: *Proteus mirabilis* ir *Staphylococcus saprophyticus*.

3. AMP skiriami visada, kai yra diagnozuojamas visuomenėje įgytas nekomplikuotas ūminis cistitas. Gydymas AMP koreguojamas gavus pasėlio rezultatus.

**TREČIASIS SKIRSNIS**  
**ŪMINIS VISUOMENĖJE ĮGYTAS KOMPLIKUOTAS CISTITAS (TLK-10-AM**  
**KODAI: N30.8, N30.9)**

7 lentelė. Ūminio visuomenėje įgyto komplikuoto cistito (TLK-10-AM kodai: N30.8, N30.9) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Amoksicilinas/klav.r.</b>	500/125 mg kas 8 val.	7 d. <sup>1</sup>	<b>Trimetoprimas/sulfametoksazolis</b>	160/800 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>
				<b>Ciprofloksacinas</b>	500 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>
Nėščiosios	Gydo akušeriai ginekologai					
Vaikai	Gydo šeimos gydytojas ar vaikų ligų ar gydytojas vaikų nefrologas					
	<b>Amoksicilinas/klav.r.</b>	20–40 mg amoksicilino/kg/parą, dozę dalijant į 3 dalis	7 d.	Gydymas parenteriniais vaistais stacionare		

<sup>1</sup> – vyrams gydymas gali būti pratęsiamas iki 14 d., jei negalima atmeti prostatito

**Pastabos:**

1. Ūminis komplikuotas cistitas diagnozuojamas ūminio cistito požymius turintiems pacientams, kuriems nustatomi anatominiai ar funkciniai šlapimo takų pokyčiai (pvz., dėl akmenligės, obstrukcijos, stentų, šlapimo pūslės kateterių) arba dėl gretutinių ligų (pvz., neurogeninės šlapimo pūslės).

2. Empirinis gydymas AMP parenkamas pagal vietinį atsparumą antibiotikams ir, jei yra galimybė, vėliau koreguojamas pagal pasėlio rezultatus. Šiose rekomendacijose pateikti AMP atspindi naujausią situaciją. Informacija apie vietinį atsparumą skelbiama ir atnaujinama adresu <https://nvspl.lt/veiklos-sritys/infekcinio-ligu-laboratorine-stebesena/bakterijos/bakterijos>.

3. Esant komplikuotam cistitui, nerekomenduojama naudoti nitrofurantoino, kadangi skiriant šį antibiotiką nesudaro pakankama koncentracija infekcijos pažeistuose audiniuose.

4. Ūminį visuomenėje įgytą komplikuotą cistitą dažniausiai sukelia *Escherichia coli*. Kiti galimi sukėlėjai: *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.* ir *Enterococcus spp.*

5. AMP skiriami visada, kai yra diagnozuojamas visuomenėje įgytas ūminis komplikuotas cistitas. Gydytas AMP koreguojamas gavus pasėlio rezultatus.

**KETVIRTASIS SKIRSNIS**  
**ŪMINIS VISUOMENĖJE ĮGYTAS NEKOMPLIKUOTAS PIELONEFRITAS (TLK-10-AM KODAS: N10.0)**

8 lentelė. Ūminio visuomenėje įgyto nekomplikuoto pielonefrito (TLK-10-AM kodas: N10.0) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Amoksicilinas/klav.r.</b>	500/125 mg kas 8 val.	7 d. <sup>1</sup>	<b>Trimetoprimas/sulfametoksazolis</b>	160/800 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>
				<b>Ciprofloksacinas</b>	500 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>
Nėščiosios	Gydoma stacionare					
Vaikai <sup>2</sup>	Gydo šeimos gydytojas ar vaikų ligų gydytojas ar vaikų nefrologas					
	<b>Amoksicilinas/klav.r.</b>	20–40 mg amoksicilino/kg/parą, dozę dalijant į 3 dalis	10 d.	<b>Cefuroksimas</b>	25–30 mg/kg/parą, dozę dalijant į 2 dalis	10 d.

<sup>1</sup> – vyrams gydymas gali būti pratęsiamas iki 14 d., jei negalima atmesti prostatito

<sup>2</sup> – iki 6 mėn. amžiaus gydomi stacionare

**Pastabos:**

1. Ūminis nekomplikuotas pielonefritas diagnozuojamas ūminio pielonefrito požymius turintiems pacientams (moterims – nenėščioms, iki menopauzės), nesant anatomių ar funkcinių šlapimo takų pokyčių (tokių kaip akmenligė, obstrukcijos, stentai, šlapimo pūslės kateteriai) arba gretutinių ligų, kuriems nustatomi viršutinių šlapimo takų infekcijos požymiai (būdinga triada: staigi pradžia, karščiavimas su šaltkrėčiu, šono ar pilvo skausmas (dažniau būna vienpusis) ir nustatoma bakteriurija ir piurija). Esant intoksikacijos sindromui, būna pykinimas, vėmimas, galvos skausmai, galima kraujo infekcija. Kai gydant ūminį nekomplikuotą pielonefritą racionaliai parinktu AMP, per 24–48 valandas nestebima klinikinio pagerėjimo arba būklė pablogėja, reikia įtarti arba (1) dauginio atsparumo antibiotikams infekcijos sukėlėją arba (2) komplikuotos ūminės šlapimo takų infekcinės ligos, įskaitant pielonefrito galimybę. Rizikos veiksniai dauginio atsparumo infekcijos sukėlėjui yra neseniai vartoti plataus veikimo spektro antibiotikai (pvz., fluorochinolonai, plataus spektro beta laktaminiai antibiotikai, tokie kaip trečios ir aukštesnių kartų cefalosporinai), per 6 mėn. laikotarpį buvusi hospitalizacija arba susirgimas ilgesnio nei 5 dienų gydymo stacionare metu.

2. Ūminį visuomenėje įgytą nekomplikuotą pielonefritą dažniausiai sukelia *Escherichia coli*. Kiti galimi sukėlėjai: *Proteus mirabilis* ir *Staphylococcus saprophyticus*.

3. AMP skiriami visada, kai yra diagnozuojamas ūminis visuomenėje įgytas nekomplikuotas pielonefritas. Gydytas AMP koreguojamas gavus pasėlio rezultatus.

4. Ūminio visuomenėje įgyto nekomplikuoto pielonefrito gydymo trukmė priklauso nuo ligos sunkumo ir vaisto. Sunkios eigos ūminis visuomenėje įgytas nekomplikuotas pielonefritas gydomas stacionare. Sunkaus nekomplikuoto pielonefrito požymiai:

i) dideli susiję skausmai inkstų ir pilvo plote;

ii) karščiavimas >39,4 °C;

iii) dehidratacija ir

iv) sepsio požymiai (yra bent 2 qSOFA požymiai – KD>22 k/min, sutrikusi sąmonė arba sistolinis AKS <100 mmHg).

## ODOS IR POODŽIO INFEKCIJOS

### PIRMASIS SKIRSNIS MIKROBIOLOGINĖ DIAGNOSTIKA IR PASTABOS

19. Mikrobiologinė diagnostika: pasėlis atliekamas tik esant odos pažeidimui.

20. Prieš skiriant gydymą, reikia atmesti kitas galimas odos paraudimo priežastis, pvz., alerginė reakcija, reakcija į imunizaciją ar uodo įkandimą, lėtinis venų nepakankamumas.

21. Skiriant AMP, būtina atsižvelgti į ankstesnių mikrobiologinių tyrimų rezultatus, pvz., nustatytą MRSA.

22. Atsižvelgti ir kontroliuoti gretutines ligas ir būkles, kurios gali spartinti celiulito ar rožės eigą: diabetas, nutukimas (KMI>30), imunosupresijos būklė, venų nepakankamumas, egzema, limfedema (pvz., moteriai sergant krūties vėžiu, su ar be chirurginės intervencijos ir (arba) spindulinės terapijos), edema, kuri gali būti vaistų (pvz., kalcio kanalų blokatorių) nepageidaujamų reiškinių išraiška.

23. Iš naujo vertinti paciento būklę ir nukreipti stacionariniam gydymui, jei nėra pagerėjimo per 2–3 gydymo AMP dienas ir:

23.1. vargina intensyvus skausmas, neproporcingas infekcijos apimčiai, ir funkcinis nepajėgumas;

23.2. paraudimas ar patinimas sparčiai plinta už pradinių ribų;

23.3. atsiranda cianozė, petechijos, poodinė krepitacija, sumažėjęs ar išnykęs vietinis jautrumas, už paraudimo ribų atsiradęs audinių sukietėjimas, vystosi audinių nekrozė;

23.4. infekcijos lokalizacija arti akies ar nosies;

23.5. ligą sukelti galėjo reti sukėlėjai (skvarbus pažeidimas po buvusio sąlyčio su vandens kilmės mikroorganizmais);

23.6. pasireiškia sisteminės infekcijos simptomai (pvz., limfangitas, osteomielitas, septinis artritas, nekrozuojantis fascitas ar sepsis).

24. Visiška odos požymių regresija paprastai įvyksta vėliau (per 2–3 savaites), palyginti su bendraisiais simptomais, todėl gydymo AMP trukmės ilginti nereikia.

25. Gydymas AMP lokaliai vartojimui neskiriamas.

### ANTRASIS SKIRSNIS ROŽĖ (ERYSIPELAS) (TLK-10-AM KODAS: A46)

9 lentelė. Rožės (Erysipelas, TLK-10-AM kodas: A46) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais\*

	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Pacientų grupė						
Suaugusieji	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas)<sup>1</sup></b> p/o	500 mg (0,8–1,0 MTV) kas 6 val.	5–7 d. <sup>2</sup>	<b>Klaritromicinas</b> p/o	500 mg kas 12 val.	5–7 d. <sup>2</sup>
Nėščiosios	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas)<sup>1</sup></b> p/o	500 mg (0,8–1,0 MTV) kas 6 val.	5–7 d. <sup>2</sup>	<b>Eritromicinas</b> p/o	500 mg kas 6 val.	5–7 d. <sup>2</sup>
Vaikai	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas)<sup>1</sup></b> p/o	7,5–15 mg/kg kas 6 val.	7–14 d.	<b>Klaritromicinas</b> p/o	7,5–15 mg/kg kas 12 val.	7–14 d.

<sup>1</sup> – penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas): 1 MTV – 625 mg; 1 mg – 1600 TV

<sup>2</sup> – gydymo trukmė gali būti ilginama, jei yra imuniteto deficitas ar uždelstas kliniškinis atsakas į gydymą (iki 3 dienų po ūminio uždegimo simptomų regresavimo)

#### Pastabos:

1. Rožė – ūminis viršutinio odos sluoksnio uždegimas, apimantis paviršines limfagysles.
2. Dažniausias sukėlėjas: *Streptococcus pyogenes* (A grupės beta-hemolizinis streptokokas); retai – B, C, G grupių beta-hemoliziniai streptokokai.

### TREČIASIS SKIRSNIS CELIULITAS (TLK-10-AM KODAS: L03)

10 lentelė. Celiulito (TLK-10-AM kodas: L03) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais\*

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Cefadroksilis p/o</b>	500–1000 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>	<b>Klaritromicinas p/o</b>	500 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>
				<b>Doksiciklinas p/o</b>	200 mg pirmą d., toliau – 100 mg x 1k/d	7 d. <sup>1</sup>
Nėščiosios	<b>Cefadroksilis p/o</b>	500–1000 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>	<b>Eritromicinas p/o</b>	500 mg kas 6 val.	7 d. <sup>1</sup>
Vaikai	<b>Cefadroksilis p/o</b>	15–25 mg/kg kas 12 val.	7–14 d.	<b>Klaritromicinas p/o</b>	7,5–15 mg/kg kas 12 val.	7–14 d.

<sup>1</sup> – gydymo trukmė gali būti ilginama, jei yra imuniteto deficitas ar uždelstas kliniškinis atsakas į gydymą (iki 3 dienų po ūminio uždegimo simptomų regresavimo)

**Pastabos:**

1. Celiulitas – ūminis odos ir poodžio uždegimas, dažnai komplikuojantis žaizdą, opą ar dermatozę.

2. Dažniausi sukėlėjai: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (A grupės beta-hemolizinis streptokokas) ir kiti beta-hemoliziniai streptokokai.

### KETVIRTASIS SKIRSNIS CELIULITAS (TLK-10-AM KODAS: L03), INFEKCIJOS LOKALIZACIJA ARTI AKIES AR NOSIES

11 lentelė. Celiulito (TLK-10-AM kodas: L03, infekcijos lokalizacija arti akies ar nosies) gydymas antimikrobiniais vaistiniais preparatais\*

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Amoksicilinas su klavulano r. p/o</b>	500/125 mg kas 8 val.	7 d. <sup>1</sup>	<b>Klaritromicinas p/o ir metronidazolis p/o</b>	500 mg kas 12 val. 400–500 mg kas 12 val.	7 d. <sup>1</sup>
Vaikai	<b>Amoksicilinas su klavulano r. p/o</b>	20–40 mg amoksicilino/kg per parą, dozę dalijant į 3 dalis	7–14 d.	<b>Klaritromicinas p/o</b>	5–15 mg/kg kas 12 val.	7–14 d.

<sup>1</sup> – gydymo trukmė gali būti ilginama, jei yra imuniteto deficitas ar uždelstas kliniškinis atsakas į gydymą (iki 3 dienų po ūminio uždegimo simptomų regresavimo)

**Pastaba.** Dažniausi sukėlėjai: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (A grupės beta-hemolizinis streptokokas) ir kiti beta-hemoliziniai streptokokai; retai – *Haemophilus influenzae* (vaikams), kitos gramneigiamos bakterijos, anaerobai.

### PENKTASIS SKIRSNIS

## PREVENCINĖ ROŽĖS IR CELIULITO ATKRYČIŲ TERAPIJA

12 lentelė. Prevencinė rožės ir celiulito atkryčių terapija antimikrobiniais vaistiniais preparatais\*

Pacientų grupė	Pirmo pasirinkimo antimikrobiniai vaistiniai preparatai			Alternatyvūs antimikrobiniai vaistiniai preparatai		
	Vaistas	Dozavimas	Trukmė	Vaistas	Dozavimas	Trukmė
Suaugusieji	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas) p/o<sup>1</sup></b>	250–500 mg (0,5 MTV–1,0 MTV) kas 12 val.	Mėnesiais	<b>Eritromicinas p/o</b>	250 mg kas 12 val.	Mėnesiais
	<b>Penicilino G benzatinas į/r</b>	1,2–2,4 MTV kas 2–4 sav.	Mėnesiais			
	<b>Cefadroksilis p/o<sup>2</sup></b>	500 mg kas 12 val.	Mėnesiais			
Vaikai	<b>Penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas) p/o<sup>1</sup></b>	12,5 mg/kg kas 12 val.	Mėnesiais	<b>Eritromicinas p/o</b>	10 mg/kg	Mėnesiais

<sup>1</sup> – penicilinas V (fenoksimetilpenicilinas): 1 MTV – 625 mg; 1 mg – 1600 TV

<sup>2</sup> – skiriamas, jei nors kartą celiulito metu mikrobiologiniame pasėlyje buvo išaugintas *Staphylococcus aureus*

### Pastabos:

1. Pacientams, kuriems rožės ar celiulito atkryčiai kartojasi 3–4 kartus per metus ir nėra galimybės pašalinti pasikartojimą skatinančių veiksnių dėl gretutinių būklių, gali būti svarstomos indikacijos skirti supresinį gydymą.

2. Supresinis gydymas gali būti tęsiamas mėnesiais su intervalais veiksmingumui ir toleravimui vertinti.

### \*Šaltiniai:

1. *Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing. NICE rekomendacijos, išleista 2019 m. rugsėjo 27 d.; [www.nice.org.uk/guidance/ng141](http://www.nice.org.uk/guidance/ng141);*

2. *Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. SPILF/SFD/HAS – Service des bonnes pratiques professionnelles- Février 2019, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr);*

3. *Spelman D., Baddour LM. Cellulitis and skin abscess in adults: treatment. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com);*

4. *Sanford guide. Antimicrobial therapy.*