

Классификация пенициллинов

1. Природные:

- бензилпенициллин,
- Пероральные - феноксиметилпенициллин, бензатина бензилпенициллин (оспен);
- Пролонгированные – бензатина бензилпенициллин (бициллин-1, ретарпен, экстенциллин).



2. Антистафилококковые пенициллины (изоксазолпенициллины) - оксациллин;
3. Расширенного спектра (аминопенициллины) – ампициллин, амоксициллин;
4. Антисинегнойные (карбоксипенициллины, уреидопенициллины) – карбенициллин, тикарциллин, азлоциллин, пиперациллин;
5. Комбинированные с ингибиторами β -лактамаз – амоксициллин/клавулонат, ампициллин/сульбактам, тикарциллин/клавулонат, пипероциллин/тазобактам.



Пенициллины (кинетика)

- Хорошо проникают в органы и ткани организма, за исключением ГЭБ (лучше при воспалении), внутренних сред глаза, простаты;
- Выводятся с мочой;
- Наиболее частый ПЭ – аллергия, вплоть до АШ (природные);
- Антибиотикоассоциированную диарею чаще вызывает ампициллин;
- Нельзя вводить эндOLUMбально (по жизненным показаниям возможно бензилпенициллина натриевую соль);
- При ПН применяются осторожно (калиевая соль).

Природные пенициллины

- Применяются при инфекциях, вызванных стрептококками, менингококками, спирохетами;
- Антибиотики выбора при дифтерии, газовой гангрене, лептоспирозе, клещевом боррелиозе (болезнь Лайма);
- Резистентность у пневмококков низкая, у гонококков высокая;
- Применяют в основном парентерально (бензилпенициллин);
- Феноксиметилпенициллин – внутрь (менее активен).

Пролонгированные препараты пенициллина

- Суспензии,
- Вводятся только в/м, в верхний наружный квадрант ягодицы, при обязательном горизонтальном положении пациента, перед применением необходимо убедиться не находится ли игла в сосуде;
- Медленно всасываются;
- не создают высоких концентраций;
- Экстенциллин действует 3-4 нед, другие (бициллин-3, бициллин-5 не более 14 дней);
- Применяются для профилактики и долечивания стрептококковых инфекций и сифилиса.

Антистафилококковые пенициллины (оксациллин)

- Активен в отношении пенициллинорезистентного *S. aureus*;
- Не действует на метициллинрезистентный *S. aureus*, который резистентен также к ко всем другим β -лактамам (цефалоспорином, карбапенемам), а также часто к макролидам, тетрациклинам, линкозаминам, аминогликозидам, фторхинолонам;
- Препаратами выбора при инфекциях вызванных MRSA – ванкомицин и линезолид, мупироцин (местно);
- Плохо всасывается при приеме внутрь, применяется в основном парентерально.

Группы риска по MRSA

- Люди с ослабленной иммунной системой;

- Больные сахарным диабетом;
- Люди, использующие инъекционные наркотики;
- Пациенты, принимающие хинолоны;
- Дети, пожилые люди;
- Студенты, проживающие в общежитиях;
- Лица, находящиеся или работающие в медицинских учреждениях в течение длительного периода времени;
- Люди, которые проводят время в прибрежных водах, на пляжах;
- Люди, которые проводят время в замкнутом

Принципы лечения стафилококковых инфекций

- При инфекциях, вызванных штаммами, чувствительными к оксациллину и не продуцирующими бета-лактамазы - природные пенициллины.
- Если продуцирует бета-лактамазы, но чувствителен к оксациллину - препарат выбора оксациллин или защищенные пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы.
- При выявлении оксациллинрезистентных штаммов применение БЛА должно быть исключено. В части случаев активность могут сохранять рифампин, фузидиевая кислота, гликопептиды, линезолид, цефалоспорины V.

Пенициллины с расширенным спектром действия (аминопенициллины)

- Действуют также на грам(-) микробы семейства *Enterobacteriaceae*, *H. influenzae*.
- Разрушаются β -лактамазами;
- Могут вызвать макулопапулезную (ампициллиновую) сыпь неаллергического генеза, проходит без лечения, без отмены препарата.

Отличительные особенности амоксициллина и ампициллина:

- Амоксициллин лучше, чем ампициллин и пенициллин, действует на пневмококки, *H. pylori*;
- Кислотостабилен, имеет в 2-2,5 раза большую биодоступность при приеме п/о;
- лучше переносится;
- Реже вызывает диарею;
- В нижних отделах ЖКТ концентрация амоксициллина низкая – не применяется при кишечных инфекциях (сальмонеллез и др.)
- Ампициллин чаще применяют парентерально (только свежеприготовленный раствор).

Особые указания при использовании амоксициллина

- 1. Плохо распределяется в гнойной мокроте
- 2. Разрушается пенициллиназой, клебсиеллы, псевдомонады, большинство штаммов стафилококка **устойчивы к амоксициллину.**
- 3. Между приемом внутрь амоксициллина и антацидными ЛС (алмагель, маалокс, фосфалюгель и т.п.), препаратами глюкозамина (румалон, хондроксид и т.п.), слабительными ЛС должен быть промежуток **2-3 часа!**
- 4. Уменьшает эффективность пероральных эстроген-содержащих контрацептивов.

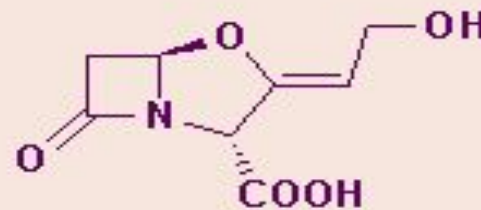
Ингибиторозащитные пенициллины

- Комбинация пенициллина и ингибитора β -лактамаз (клавулановой кислоты, сульбактама, тазобактама);
- Применяются при устойчивости флоры и периоперационной профилактики в абдоминальной хирургии;
- Наиболее мощный – пиперациллин/тазобактам (тазоцин).



Amoxicillin

+



Clavulanic acid

= Augmentin

Амоксиклав

- 1. Клавулановая кислота «защищает» амоксициллин от бактериальных β -лактамаз
- 2. Клавулановая кислота способна влиять на хламидий и легионелл (возбудителей атипичной пневмонии)
- 3. Снижает эффективность пероральных контрацептивов, повышает риск «кровотечения прорыва»
- 4. На протяжении всего курса + 5-7 дней после терапии избегать приема алкоголя!

Антисинегнойные пенициллины

- Уреидопенициллины более активны в отношении синегнойной палочки;
- Разрушаются β -лактамазами;
- Ввиду высокой резистентности и отсутствия преимуществ перед другими АБ, практически потеряли свое значение;
- По действию на синегнойную палочку :
азлоциллин = пиперациллин > мезлоциллин
= тикарциллин > карбенициллин.
- При тяжелых инфекциях продолжают использовать комбинированные препараты – тикарциллин/клавулонат, пиперациллин/тазобактам.

Цефалоспорины

Цефалоспорины I поколения

Цефалексин, Цефазолин, Цефадроксил

- Действуют преимущественно на грам(+) флору (стафилококки, стрептококки, пневмококки),
- Грам(-) микробы к ним резистентны, за исключением *E. coli* и *P. mirabilis*.
- Применяют при инфекциях кожи, мягких тканей, для периперационной антибиотикопрофилактики в хирургии.

Цефалексин, цефадроксил

- Применяются п/о;
- При стрептококковом фарингите, стрептококковых и стафилококковых инфекциях кожи и мягких тканей легкой и средней степени тяжести;
- Не следует использовать при острых отитах и синуситах, т.к. слабо влияют на *H. Influenzae* и плохо проникают в синусы и среднее ухо.

Цефазолин

- Плохо проникает через ГЭБ, выводится с мочой; вводят 2-3 р/сут.
- Не эффективен в отношении анаэробов
- Возможна положительная проба Кумбса
- Возможна ложноположительная проба на глюкозурию
- При беременности – только по жизненным показаниям!
- При лактации практически не проникает в грудное молоко
- Повышает риск кровотечений на фоне пероральных антикоагулянтов (варфарин)

Цефалоспорины II поколения

Цефуроксим, Цефуроксима аксетил, Цефаклор

- Более предыдущих влияют на грам(-) флору, прежде всего *H. Influenzae*.
- Хорошо распределяются (кроме ЦНС),
- Выделяются почками;
- Применяются при внебольничных инфекциях, для периперационной профилактики,
- Цефуроксим удобен для ступенчатой терапии;
- Цефаклор не применяют при остром среднем отите.



Цефалоспорины III поколения

Цефотаксим, Цефтриаксон, Цефоперазон

- Высокая активность в отношении грам(-) флоры,
- Не инактивируются большинством β -лактамаз, продуцируемых грам(-) микробами;
- Разрушаются β -лактамазами расширенного спектра и класса C;
- Цефтазидим, цефпирамид и цефоперазон активны против *P. aeruginosa*.
- Менее активны в отношении стафилококков, но в отношении стрепто- и пневмококков цефотаксим и цефтриаксон превосходят, не разрушаются их β -лактамазами.

- Хорошо проникают в ткани, через ГЭБ (кроме цефоперазона),
- Выводятся почками и печенью (цефтриаксон, цефоперазон);
- Применяются при тяжелых внебольничных и нозокомиальных инфекциях, вызванных грам (-) флорой;
- Цефтриаксон не используют при инфекциях ЖВП (псевдохолелитиаз), п/п новорожденным (риск развития ядерной желтухи);
- Цефоперазон вызывает гипопротромбинемию, тетурамоподобный синдром.

Цефтриаксон

- Самый длительнодействующий ЦС 3 поколения
- Повышает риск кровотечения на фоне антиагрегантов (аспирин) и антикоагулянтов (варфарин)
- С целью увеличения антианаэробного действия используется вместе с метронидазолом
- Выпадает в виде солей желчи.
- Может приводить к летальному исходу у новорожденных, получающих кальцийсодержащие растворы.

Цефалоспорины IV поколения

Цефепим (максипим), Цефпиром

- **Высокоактивен против грам(+) и грам(-), включая *P. aeruginosa*;**
- **Более устойчив к действию β -лактамаз;**
- **Цефепим вводят в/в (не менее 30 мин) и в/м (только при осложненных или неосложненных инфекциях мочевыводящих путей легкой и средней тяжести, вызванных *E. coli*);**
- **Применяют при тяжелых нозокомиальных инфекциях, в том числе в ОИТ, у пациентов с нейтропенией.**
- **Цефепим может вызвать судороги!**

Цефалоспорины V поколения

Цефтаролин, Цефтобипрол

- обладают уникальной для β -лактамов активностью в отношении MRSA.
- Активны в отношении широкого спектра грамположительных возбудителей: *S. aureus* и коагулазонегативных стафилококков, *S. pneumoniae*, *E. faecalis*, включая штаммы, резистентные к традиционно применяемым антибиотикам; грамотрицательных патогенов: *H. influenzae*, энтеробактерий (кроме штаммов, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра действия — БЛРС), некоторых изолятов *P. Aeruginosa* (кроме цефтаролина).
- Показаны при лечении осложнённых инфекций кожи и мягких тканей, включая пациентов с инфицированной диабетической стопой без сопутствующего остеомиелита, внебольничной пневмонии (цефтаролин)

- Назначаются в дозе 2 раза в сутки в виде 60-мин в/в инфузии при осложнённых инфекциях кожи и мягких тканей, внебольничной пневмонии (цефтаролин).
- Рекомендуемая длительность терапии составляет 7-14 дней.



Карбапенемы

Имипинем, меропенем, эртапенем, дорипенем, фаропенем, биापенем

- Самые широкоспекторные β -лактамы;
- Не действуют на MRSA, внутриклеточные возбудители;
- Не разрушаются большинством β -лактамаз;
- Вводятся только парентерально;
- Проходят через ГЭБ;
- Используют, обычно в виде монотерапии;
- При тяжелых инфекциях различной локализации, на фоне иммунодефицитов; при смешанной полирезистентной флоре;
- Имипинем не применяется при менингите.

Отличия меропенема от имипинема

- Более активен в отношении грам(-) флоры;
- Менее активен против стафило- и стрептококков, не действует на *E. Faecalis*;
- Не разрушается почечной дегидропептидазой I;
- Не обладает просудорожной активностью;
- Вводится только в/в;
- Не применяется при инфекциях костей и суставов, бакэндокардите.

Монобактамы

Азтреонам

- **Имеет узкий спектр, действует только на грам (-) флору;**
- **Активен в отношении микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae, P. aeruginosa, в том числе нозокомиальных штаммов, резистентных к аминогликозидам, уреидопенициллинам, цефалоспорином;**
- **Вводится в/в (струйно) или в/м**
- **Может вызвать желудочковые аритмии!**
- **Может влиять на выполнение потенциально опасных видов деятельности!**

Тетрациклины

Тетрациклин, доксициклин (юнидокс)

- Широкоспекторные бактериостатические антибиотики;
- Препараты выбора при инфекциях, вызванных хламидиями, риккетсиями, бруцеллами, спирохетами;
- При респираторных и генитальных инфекциях, вызванных микоплазмами, угревой сыпи, инфекциях ротовой полости, лептоспирозе при аллергии на пенициллины, болезни Лайма.
- Высокий уровень вторичной резистентности;
- Высокая вероятность нежелательных реакций (желтое окрашивание зубов у детей и т.д., антианаболический эффект, фотосенсибилизация, гепатотоксичность).

Отличия доксициклина от тетрациклина

- Более активен в отношении пневмококков;
- Лучше переносится;
- Выше биодоступность при приеме внутрь;
- Не зависит от приема пищи (солютаб);
- Применяется 1-2 р/сут;
- Может назначаться при ХПН
- Может вводиться в/в (вибрамицин)
- Наибольшая концентрация – в тканях глаз

Особые указания при использовании

ДОКСИЦИКЛИНА

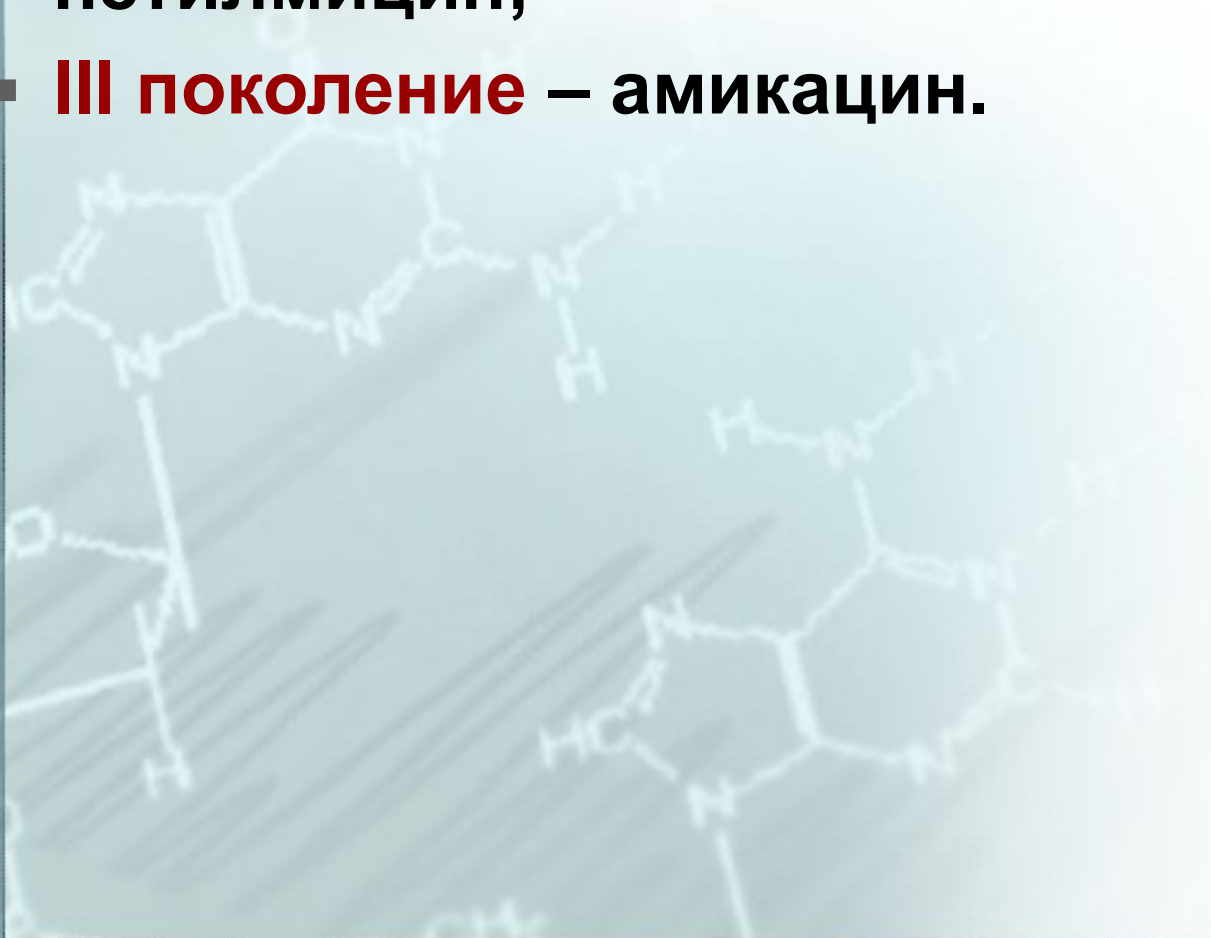
- В десневой жидкости и тканях пародонта действующая концентрация сохраняется до 5 дней после прекращения приема
- С целью устранения гастроэзофагеального рефлюкса запивают большим количеством воды и в течение 30-40 мин не рекомендуется ложиться или сидеть с наклоном вперед
- Следует избегать инсоляции во время курса + 5 дней после прекращения приема!
- Временной промежуток между приемом антацидов, препаратов Са, Fe, Mg, некоторых продуктов, особенно творога и молока, должен составлять не менее 3 часов!

Особые указания при использовании ДОКСИЦИКЛИНА

- Снижает эффективность эстрогенсодержащих контрацептивов
- Провоцирует маточное «кровотечение прорыва»
- Совместно с препаратами витамина А (ретинол, роаккутан) может повышать ВЧД (псевдоопухолевый синдром)
- Лекарственная устойчивость в доксициклину перекрестная с другими тетрациклинами и левомецетином

Аминогликозиды

- **I поколение** – стрептомицин, канамицин, неомицин;
- **II поколение** – гентамицин, тобрамицин, нетилмицин;
- **III поколение** – амикацин.



- **Широкоспекторные бактерицидные антибиотики;**
- **Основное клиническое значение имеет активность в отношении грам(-) флоры, в том числе синегнойной палочки и ацинетобактер;**
- **На микобактерии влияют стрептомицин, канамицин, амикацин;**
- **1-е поколение не действует на анаэробы и пневмококк;**
- **Малоэффективны при стрептококковых инфекциях (совместно с пенициллинами), при сальмонеллезе и шигеллезе.**

Фармакокинетика

- Не всасываются в ЖКТ, вводятся парентерально;
- Могут использоваться местно (в т.ч. в глазных мазях и каплях)
- Плохо проникают в ткани: легких, СМЖ, желчь;
- Хорошо проникают в почки, внутреннее ухо, через плаценту;
- Не метаболизируясь выводятся только с мочой;
- Действуют быстрее β -лактамов.

Принципы дозирования

- Доза рассчитывается исходя из должной массы тела;
- Зависит от функции почек, возраста, локализации инфекции;
- При менингите, пневмонии, сепсисе – дозы максимальные; при пиелонефрите, бакэндокардите – средние; очень высокие при муковисцидозе и ожогах (нарушение распределения).
- Желателен терапевтический лекарственный мониторинг.

Кратность применения

- Лучше всего в/в капельно 1 р/д;
- 2-3 р/д при эндокардите, менингите, в период новорожденности.

Побочные эффекты

- Ототоксичность;
- Вестибулотоксичность;
- Нефротоксичность;
- Нервно-мышечная блокада.

Профилактика побочных эффектов

- Не превышать максимальные дозы;
- Контролировать функцию почек, слух;
- Соблюдать максимальную длительность терапии: 7-10 дней, при бакэндокардите – 14 дней, при туберкулезе – 2 мес;
- Не назначать одновременно 2 аминогликозида, не заменять один другим, если первый применялся 7-10 дней;
- Повторный курс через 4-6 недель.

Макролиды

- I – олеандомицин, эритромицин;
- II – рокситромицин (рулид), спирамицин, мидекамицин (макропен), кларитромицин;
- III – азитромицин (сумамед).



Макролиды

- Нарушают синтез белка;
- Обладают противовоспалительным, иммуностимулирующим и мукорегуляторным действием.
- Наиболее активны в отношении Гр+кокков и внутриклеточных возбудителей;
- Кларитромицин против *H. pylori* и *M. avium*;
- Азитромицин против *H. Influenzae*;
- Спирамицин, азитромицин активны в отношении токсоплазм.

- Противовоспалительное действие (снижают количество интерлейкинов IL-1,IL-2,IL-8, снижает TNF-альфа, активацию и хемотаксис полиморфонуклеарных лейкоцитов, а также увеличивают количество IL-10 (противовоспалительного цитокина), повышает фагоцитоз и усиливает активность клеток-киллеров)
- Ослабление бронхиальной гиперчувствительности у больных астмой
- Бронхолитический эффект
- Подавление образования слизи

Постантибиотический эффект

Постантибиотический эффект - это персистирующее ингибирование жизнедеятельности бактерий после их кратковременного контакта с антибактериальным препаратом

Препарат	Средняя длительность, час
Бензилпенициллин	2,33
Азитромицин	2,83
Кларитромицин	3,6

Общее антибактериальное действие препарата усиливается и **продлонгируется.**

Фармакокинетика

- Применяются внутрь, в/в, местно;
- Тканевые антибиотики, создают высокие концентрации в тканях и органах, в том числе внутриклеточно;
- для II и III поколения характерна энтерогепатическая циркуляция;
- угнетают микросомальные ферменты печени:
 - 1) Слабо – спирамицин, джозамицин, мидекамицин;
 - 2) Средне – кларитромицин, рокситромицин, азитромицин;
 - 3) Сильно – эритромицин.
- При печеночной недостаточности – коррекция дозы, кроме азитромицина, кларитромицина.

Побочные эффекты

- Диспепсия;
- Повышение уровня печеночных трансаминаз;
- Нейротоксичность;
- Удлинение интервала QT;
- Флебиты, тромбофлебиты (при в/в введении);
- Повышение риска летального исхода у лиц с ИБС на фоне приема кларитромицина,
- Психические нарушения (кларитромицин),
- Ототоксичность (азитромицин)

Низкий риск развития побочных эффектов



Показания к применению

- **Стрептококковые инфекции;**
- **Инфекции ВДП и НДП;**
- **Дифтерия;**
- **Коклюш;**
- **Ородентальные инфекции;**
- **Кампилобактериоз;**
- **Инфекции кожи и мягких тканей;**
- **Внутриклеточные инфекции;**
- **Токсоплазмоз, криптоспороидоз (спирамицин)**
- **Малярия,**
- **ЗППП, в т.ч. сифилис**
- **Профилактика менингита у контактных лиц**

ЛИНКОЗАМИДЫ (линкомицин, клиндамицин)

- бактериостатический эффект,
- ингибируют синтез белка.
- **Спектр активности** грам(+) кокки (стафилококки), фузобактерии, актиномицеты, грам(-) анаэробы, пигментобразующие анаэробы и др.).
- Клиндамицин активнее линкомицина.
- Биодоступность клиндамицина выше (90%) и не зависит от приема пищи.
- Высокие концентрации в костной ткани.

Нежелательные реакции.

- Боли в животе, диарея, тошнота, рвота, глоссит.
- Псевдомембранозный колит.
- При подозрении на псевдомембранозный колит (жидкий стул с примесью крови) - отмена препарата, проведение ректороманоскопии, коррекция водно-электролитного баланса, назначение антибиотиков, активных против *C. difficile* (метронидазол или ванкомицин).

Клиндамицин

- Хорошо проникает практически во все среды и биологические жидкости организма*, ОЧЕНЬ легко проходит в грудное молоко!
- Используется в виде гидрохлорида, фосфата и пальмитата.
- Клиндамицина фосфат в сальных железах переходит в активный клиндамицин, к-й может всасываться в системный кровоток!
- При интравагинальном использовании возможны нарушения менструального цикла, аномальные маточные кровотечения, прерывание беременности, пиелонефрит

ГЛИКОПЕПТИДЫ (ВАНКОМИЦИН).

- Спектр: грам(+) аэробные и анаэробные микроорганизмы: стафилококки (MRSA, MRSE), стрептококки, энтерококки, клостридии (включая *C. difficile*).
- Вводится в/в капельно или внутрь (при псевдомембранозном колите).
 - Показания
- инфекции, вызванные MRSA, энтерококками, резистентными к ампициллину и аминогликозидам.
- Тяжелые инфекции ЧЛО.

- **Тейкопланин (таргоцид)** – пролонгированный антибиотик-гликопептид (ПД – 12-24 ч).
- ВАЖНО: при инфекциях кожи, мягких тканей, дых. путей, МВП - 400 мг в/в в 1-й день, затем 200 мг 1 р/д в/в или в/м при ; при тяжелых инфекциях костей, суставов, бак.эндокардите – 400 мг каждые 12 ч первые 3 дозы, затем 400 мг в/в 1 р/д
- **Телаванцин** – полусинтетическое производное ванкомицина. Используется при осложненных инфекциях кожи и мягких тканей, ИВЛ-пневмонии. **Кардиотоксичен! Нефротоксичен!**
Повышает риск кровотечений на фоне гепарина.

Побочные эффекты

- нефротоксичность,
- головокружение, головная боль,
- снижение слуха, вестибулярные нарушения.
- При быстром в/в введении - покраснение лица, туловища, кожный зуд, боль за грудиной, тахикардия, артериальная гипотензия.
- В месте введения - флебиты, боль, жжение.

Синтетические противомикробные средства

МЕТРОНИДАЗОЛ

- Антианаэробный препарат.
- Действует на спорообразующие (клостридии, включая *C. difficile*) и неспорообразующие анаэробы.
- Активен в отношении простейших (трихомонады, лямблии, амебы и др.) и *H. Pylori*.
- Вводится внутрь, внутривенно и местно

Побочные эффекты

- Со стороны ЖКТ: глоссит, стоматит, металлический привкус, ксеростомия, тошнота, анорексия.
- Нейротоксичность: нарушение координации движений, раздражительность, бессонница, тремор, судороги.
- Иногда транзиторная нейтропения, тромбоцитопения.
- Дисульфирамоподобный эффект.
- Тератогенный эффект.

Показания к применению.

- Анаэробные инфекции;
- инфекции кожи, мягких тканей, костей;

- абсцессы мозга;
- эрадикация *H. pylori*,
- протозойные инфекции (трихомониаз, лямблиоз, амебиаз);
- псевдомембранозный колит;
- периоперационная антибиотикопрофилактика в абдоминальной хирургии и гинекологии.
- В сочетании с β -лактамами применяется при одонтогенной инфекции (пульпит, периодонтит), выбор при язвенном гингивите.

ХИНОЛОНЫ И ФТОРХИНОЛОНЫ

I поколение (нефторирован ные)	II поколение - грамотрицательны е	III поколение - респираторны е	IV поколение - респираторно- антианаэро бные
Налидиксовая кислота	Ципрофлоксацин	Левифлокса цин	Моксифлок сацин
Оксолиновая кислота	Норфлоксацин	Спарфлокса цин (токсичен)	Гемифлокса цин – наиболее активен в отношении пневмококка
Пипемидовая кислота	Офлоксацин		Гатифлокса цин
	Пефлоксацин		
	Ломефлоксацин (при туберкулезе)		

ФТОРХИНОЛОНЫ

- **Спектр активности:** грам(+) кокки (кроме MRSA), грам(-) энтеробактерии (кишечная палочка, сальмонеллы, шигеллы, протей), синегнойная палочка (ципрофлоксацин, левофлоксацин), внутриклеточные микроорганизмы (кампилобактеры, легионеллы, хламидии, микоплазмы — левофлоксацин, моксифлоксацин); анаэробы (моксифлоксацин), микобактерии туберкулеза (ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин).
- **Фармакокинетика:** высокая биодоступность при приеме внутрь;
- хорошо проникают в различные органы и ткани, создавая высокие внутриклеточные концентрации;
- Длительный T1/2, назначаются 1-2 раза в сутки.

■ Нежелательные реакции.

- Диспепсия.
- Редко: удлинение интервала QT (реже вызывает моксифлоксацин),
- Фотосенсибилизация (часто - ломефлоксацин, спарфлоксацин, не обладает моксифлоксацин),
- тендиниты, артропатии.

Противопоказаны

- беременным и кормящим женщинам, в связи с торможением у плода развития хрящевой ткани.
- Фторхинолоны запрещены для применения у детей.

Показания

- **Инфекции мочевыводящих путей (ИМП)**
- **Инфекции нижних отделов дыхательных путей (ИНДП)**

• **Остеомиелит**

• **Инфекции кожи и мягких тканей**

• **Инфекции желудочно-кишечного тракта**

• **Внутрибрюшные инфекции**

(в комбинации с метронидазолом)

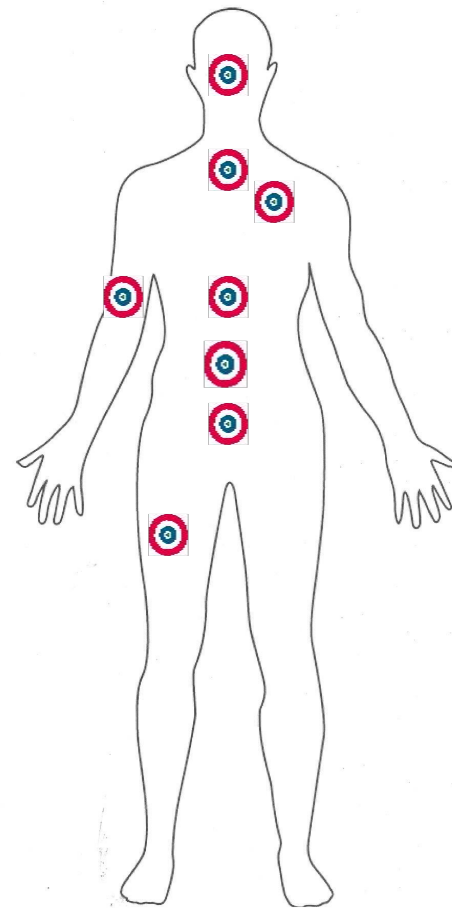
• **В стоматологии чаще используется**

ципрофлоксацин (реже офлоксацин). Должен быть

альтернативой при челюстном

остеомиелите синегнойной этиологии,

абсцессах, флегмонах, лимфаденитах и др.



Комбинированные ФХ

- С целью повышения активности ФХ 2-го поколения в отношении анаэробов созданы препараты, содержащие фиксированные комбинации ФХ и производных имидазола
- Ципролет А, Цифран СТ – цiproфлоксацин + тинидазол
- Комбифлокс – офлоксацин + орнидазол
- Орцепол ВМ – цiproфлоксацин + орнидазол