

Реферативний огляд за матеріалами: Б.В. Траутнер<sup>1</sup>, Н.В. Кортес-Пенфілд<sup>2</sup> та співавт.

<sup>1</sup> Відділення інфекційних хвороб, кафедра медицини, Медичний факультет Університету Вашингтона, Сент-Луїс, Міссурі, США

<sup>2</sup> Відділення інфекційних хвороб, Медичний центр Університету Небраски, Омага, Небраска, США

# Ускладнені інфекції сечовивідних шляхів

## Клінічні рекомендації IDSA 2025 року

Американське товариство з інфекційних хвороб (IDSA) опублікувало оновлені клінічні настанови щодо менеджменту ускладнених інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ). Документ надає практичні рекомендації для клініцистів, залучених до ведення пацієнтів з ускладненими ІСШ у стаціонарних та амбулаторних умовах. У настановах запропоновано клінічно релевантну класифікацію неускладнених й ускладнених ІСШ, алгоритм вибору антибіотиків для емпіричної терапії, рекомендації щодо переходу з внутрішньовенної терапії на пероральну та визначено оптимальну тривалість лікування. Рекомендації базуються на доказах, отриманих за результатами систематичних оглядів літератури. Оцінка рівня доказовості та сили рекомендацій здійснювалася відповідно до стандартизованого підходу GRADE.

**Ключові слова:** ускладнені інфекції сечовивідних шляхів, пієлонефрит, емпірична антибіотикотерапія, резистентність уропатогенів, антибіотикограма, перехід із внутрішньовенної на пероральну антибіотикотерапію, фторхінолони.

Попередня версія настанов IDSA щодо ІСШ була зосереджена переважно на неускладненому циститі та пієлонефриті у жінок і не охоплювала ускладнені ІСШ та ІСШ у чоловіків. Після публікації цих настанов з'явилася значна кількість рандомізованих контрольованих досліджень, присвячених оцінці нових антимікробних препаратів для лікування ускладнених ІСШ у жінок і чоловіків.

Ризик розвитку ІСШ протягом життя залишається високим у жінок і клінічно значущим у чоловіків, із тенденцією до зростання з віком в обох статей. З огляду на старіння населення ІСШ у чоловіків набувають такої ж клінічної актуальності, як і в жінок. Одночасно рівні антимікробної резистентності грамнегативних уропатогенів в амбулаторних пацієнтів перевищують порогові значення, рекомендовані для емпіричної терапії в попередніх настановах. У зв'язку із цим виникла потреба в оновленні класифікацій неускладнених та ускладнених ІСШ з метою кращої відповідності сучасній клінічній практиці та наявним доказовим даним. Оновлена

класифікація ґрунтується передусім на наявності або відсутності локальних чи системних симптомів, зокрема лихоманки, що свідчать про поширення інфекції за межі сечового міхура, та на клінічних ознаках, доступних лікарю безпосередньо на етапі надання допомоги (рис. 1).

ІСШ
<b>Неускладнені ІСШ:</b> Інфекція, обмежена сечовим міхуром, у жінок або чоловіків, без лихоманки
<b>Ускладнені ІСШ:</b> Інфекція, що поширюється за межі сечового міхура, у жінок або чоловіків <ul style="list-style-type: none"><li>• Пієлонефрит</li><li>• ІСШ із лихоманкою або бактеріємією</li><li>• Катетер-асоційовані ІСШ</li><li>• Простатит*</li></ul> <small>* Не розглядається у цих настановах.</small>



Рис. 1. Оновлена класифікація ІСШ (IDSA/EAU, 2025)

## Вибір антибіотикотерапії при ускладненій ІСШ

### Початковий вибір емпіричної антибіотикотерапії при ускладненій ІСШ

Які класи препаратів для емпіричної антибіотикотерапії слід розглядати як пріоритетні у пацієнтів з ускладненою ІСШ на початковому етапі?

#### Рекомендації:

- У пацієнтів із сепсисом, зумовленим ускладненою ІСШ, рекомендовано на початковому етапі обирати серед таких антибіотиків, керуючись чотирикровою оцінкою: цефалоспорины 3-го або 4-го покоління, карбапенеми, піперацилін/тазобактам, фторхінолони, а не застосовувати нові препарати (нові β-лактами – інгібітори β-лактамаз, цефідерокол, плазоміцин) або старі аміноглікозиди (умовна рекомендація, рівень доказовості від дуже низького до помірнього).

- У пацієнтів із підозрою на ускладнену ІСШ без ознак сепсису пропонується на початковому етапі обирати серед таких антибіотиків, використовуючи чотирикровою оцінку: цефалоспорины 3-го або 4-го покоління, піперацилін/тазобактам або фторхінолони – замість карбапенемів і новіших засобів (нові β-лактами – інгібітори β-лактамаз, цефідерокол, плазоміцин) або старіших аміноглікозидів (умовна рекомендація, рівень доказовості від дуже низького до помірнього).

При виборі з-поміж цих антибіотиків застосовувати чотирикровою підхід: оцінити тяжкість стану (1), фактори ризику резистентності (2), індивідуальні особливості пацієнта (3) та у разі сепсису врахувати антибіотикограму (4) (таблиця). Детальний опис кроків 1-4 наведено нижче.

**Таблиця. Можливі варіанти антибіотиків для емпіричної терапії ускладненої ІСШ<sup>^</sup> до проведення чотирикровою оцінки для вибору оптимального препарату**

Стан пацієнта	Препарат вибору	Альтернатива
Сепсис із шоком або без нього*	Цефалоспорины 3-го або 4-го покоління**, карбапенеми#, піперацилін/тазобактам, фторхінолони <sup>§</sup>	Нові β-лактами – інгібітори β-лактамаз <sup>+</sup> , цефідерокол, плазоміцин, або старі аміноглікозиди <sup>%</sup>
Без сепсису, внутрішньовенне введення	Цефалоспорины 3-го або 4-го покоління**, піперацилін/тазобактам або фторхінолони <sup>§</sup>	Карбапенеми#, нові препарати (нові β-лактами – інгібітори β-лактамаз <sup>+</sup> , цефідерокол, плазоміцин) або старі аміноглікозиди <sup>%</sup>
Без сепсису, пероральний прийом	Фторхінолони (ципрофлоксацин і левофлоксацин) <sup>§</sup> або триметоприм/сульфаметоксазол	Амоксицилін/клавуланат або пероральні цефалоспорины

<sup>^</sup> Патогени з резистентністю, лікування яких ускладнене, можуть потребувати застосування препаратів, не включених у таблицю (наприклад, колістин); див. рекомендації IDSA щодо антибактеріальної резистентності.

\* Сепсис – загрозна для життя дисфункція органів, пов'язана з інфекцією, визначається оцінкою за шкалою SOFA  $\geq 2$  балів. Для попередньої ідентифікації можуть бути корисні скринінгові інструменти, такі як qSOFA або SIRS. При сепсисі з шоком на кроці 4 слід обирати антибіотик, для якого чутливість найбільш релевантних мікроорганізмів становить  $\geq 90\%$ . При сепсисі без шоку на кроці 4 слід обирати антибіотик, для якого чутливість найбільш релевантних мікроорганізмів становить  $\geq 80\%$ .

\*\* Цефалоспорины 3-го та 4-го покоління для внутрішньовенного введення включають: цефтріаксон, цефтазидим, цефотаксим і цефепім.

<sup>§</sup> Фторхінолони, схвалені для лікування ІСШ.

# Карбапенеми на даний час включають іміпенем/циластатин, дорипенем, меропенем та ертапенем.

<sup>+</sup> Нові β-лактами – інгібітори β-лактамаз на даний час включають цефтолозан/тазобактам, цефтазидим/авібактам, меропенем/ваборбактам та іміпенем/циластатин/релебактам.

<sup>%</sup> Старі аміноглікозиди включають гентаміцин, амікацин і тобраміцин.

Примітка. Таблиця відображає дані станом на 2025 рік; нові препарати, схвалені після цієї дати, також можуть бути відповідними варіантами для вибору. Зверніть увагу, що нітрофурантоїн і пероральний фосфоміцин зазвичай не є оптимальним вибором для ускладненої ІСШ, оскільки можуть не досягати достатніх концентрацій у паренхімі нирок та крові.

ЦИПРОФЛОКСАЦИН 500 мг №10

# ЦИПРОЛЕТ

## ЦИПРОФЛОКСАЦИН, ЯКОМУ ДОВІРЯЮТЬ\*



## років в УКРАЇНІ<sup>1</sup> МІЛЬЙОНИ пацієнто-днів<sup>2</sup>

**Вигляд з Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Ципролет®.** Склад: діюча речовина: цiproфлoксацин; 1 таблетка містить цiproфлoксацину гідрохлориду еквівалентно 250 мг або 500 мг цiproфлoксацину. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакохімічна група. Антибактеріальні засоби групи фторхінолонів. Фторхінолони. Код АТХ J01M A02. Фармакокінетика. Ципролет® є антимікробним препаратом групи фторхінолонів. Механізм дії цiproфлoксацину пов'язаний з впливом на ДНК-гразу (тополоімеразу) бактерій, яка відіграє важливу роль у реплікації бактеріальної ДНК. Ципролет® чинить шкідливу бактеріцидну дію на мікроорганізми, які перебувають як у стані спокою, так і розмноження. Показання. Дорослі: інфекції нижніх дихальних шляхів, спричинені грамагативними бактеріями. Хронічний гнійний отит середнього вуха. Загострення хронічного синуситу, особливо якщо він спричинений грамагативними бактеріями. Інфекції сечового тракту. Гонікококовий уретрит і цервіцит. Ороепідидиміт, зокрема спричинений *Neisseria gonorrhoeae*. Запальні захворювання органів малого таза, зокрема спричинені *Neisseria gonorrhoeae*. Протипаразитарна. Призначення. Ципролет® не слід застосовувати при гідацийній чутливості до діючої речовини – цiproфлoксацину – або до інших препаратів групи фторхінолонів, або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Одночасне застосування цiproфлoксацину та тізанидиду протипоказане (риз. розділ – взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій). Дітям та підліткам: Застосування цiproфлoксацину дітям та підліткам потрібно проводити згідно з іншими офіційними рекомендаціями. Лікування із застосуванням цiproфлoксацину проводить лише лікар з досвідом ведення дітей та підлітків хворих на хронічний фіброз та/або тяжкої інфекції. Застосування у період вагітності або годування груддю. Вагітність. НЕ СЛІД ЗАСТОСОВУВАТИ. Побічні реакції. Найчастіше повідомлялося про такі побічні реакції на препарат, як нудота та діарея. З боку системи кровообігання та лімфатичної системи: Еозинофілія, лейкопенія, анемія, нейтропенія, лейкоцитоз, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, гемолітична анемія, агранулоцитоз, панцитопенія (небезпечна для життя), пригнічення функції кісткового мозку (небезпечна для життя), та інші. Спосіб застосування та дози. Дозу визначати згідно з показанням, тяжкістю та місцем інфекції, чутливістю організму (організмів) збудника (збудників) до цiproфлoксацину, нирковою функцією пацієнта, а в дітей та підлітків – згідно з масою тіла. Категорія вілдусу. За рецептом. PC лікарського засобу: № UA/2024/02/01, № UA/2024/02/02; Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.05.2020 рр. № 1128.

\*Лист компанії «ТОВ Проксіма Ресурс Інтернаціонал» №89 від 14.03.25, що підтверджує реалізацію препарату ЦИПРОЛЕТ згідно даних розробного аудиту Sale Out Системи дослідження фармацевтичного ринку, бази даних «Pharmlogor Plus Sale Out», яка є статистично-аналітичним продуктом на фармацевтичному ринку України, у період 2006-2024 рр. Матється на увазі що постітне використання препарату цiproлет у період 2006-2024 рр. в медичній практиці може свідчити про довіру до його призначення лікарями.

<sup>1</sup> В першій реєстрації лікарського засобу Ципролет® (РП МОЗ України, №1128/01/2019 від 23.12.2019) донні. Державний реєстр лікарських засобів України ДЕРЖРЕЄСТР МОЗУ (онлайн). <http://www.drz.com.ua>.

<sup>2</sup> Лист компанії «ТОВ Проксіма Ресурс Інтернаціонал» №89 від 14.03.25, що підтверджує, що згідно даних розробного аудиту Sale Out Системи дослідження фармацевтичного ринку, бази даних «Pharmlogor Plus Sale Out», яка є статистично-аналітичним продуктом на фармацевтичному ринку України, об'єми продажів препаратів бренду ЦИПРОЛЕТ в Defined Daily Dose (DDD) по Україні (фармацевтичний сегмент) за період 2006-2024 рр. становили більше 17,5 млн. DDD.

Про випадки підозрюваних побічних реакцій та відсутності ефективності лікарського засобу слід повідомляти через Автоматизовану інформаційну систему з фармаконадзору за посиланням: <https://aifc.gov.ua/>; а також за електронною адресою: [DrugSafety@aifc.gov.ua](mailto:DrugSafety@aifc.gov.ua).

Для повної версії інструкції з медичного застосування лікарського засобу використовуйте актуальну версію в Державному реєстрі лікарських засобів: [www.drz.com.ua](http://www.drz.com.ua).

Інформація про лікарський засіб, призначена для медичних і фармацевтичних працівників. Перед призначенням ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др. Редді/с Лабораторі» Столичний шосе, 103, оф. 11-А, м. Київ, Україна, 03026, тел. +380444923173. СІР-04/12/25-RX1-7.1



## Довідка від редакції

Таблетована форма ципрофлоксацину представлена в Україні, зокрема, під торговою назвою Ципролет® від компанії «Др. Редді'с Лабораторіз», широко відомої як експерт із виробництва та постачання якісних генеричних ліків, у тому числі до країн із найжорсткішою регуляторною політикою щодо лікарських засобів. Ципрофлоксацин виробництва «Др. Редді'с Лабораторіз» є препаратом із доведеною терапевтичною еквівалентністю оригінальному ципрофлоксацину. Це означає, що він діє з такою ж силою та забезпечує таку саму швидкість ефекту, як і при застосуванні оригінального препарату. Завдяки високій біодоступності ципрофлоксацин швидко досягає терапевтичної концентрації в уражених тканинах, що дозволяє швидше долати симптоми інфекції.

Одна таблетка Ципролету містить ципрофлоксацину гідрохлориду в еквіваленті 500 мг ципрофлоксацину. Спектр дії препарату охоплює різноманітні види грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів: *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Hafnia*, *Edwardsiella*, *Proteus*, *Providencia*, *Morganella*, *Providencia*, *Yersinia*, *Vibrio*, *Aeromonas*, *Plesiomonas*, *Pasteurella*, *Haemophilus*, *Campylobact*, *Pseudomonas*, *Legionella*, *Neisseria*, *Moraxella*, *Branhamella*, *Acinetobacter*, *Brucella*, *Staphylococcus*, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria*, *Corynebacterium*, *Chlamydia*, а також плазмідні форми бактерій.

Завдяки широкому спектру антимікробної активності ципрофлоксацин ефективно діє щодо патогенів, стійких до інших класів антибіотиків, зокрема продуцентів β-лактамаз. Це особливо цінно в умовах стрімкого поширення мультирезистентних інфекцій. Механізм дії ципрофлоксацину впливає на бактерії як у фазі розмноження, так і у стадії спокою, що сприяє більш повній ерадикації збудників і знижує ризик формування стійких штамів.

Крім того, здатність препарату швидко досягати високих концентрацій у тканинах дозволяє зменшити тривалість терапії, що також є ключовим фактором зниження ризику резистентності.

Ципролет® показаний для лікування інфекцій нижніх дихальних шляхів, спричинених грамнегативними бактеріями; інфекцій сечового тракту, як-от:

- неускладнений гострий цистит\*,
- гострий пієлонефрит,
- ускладнені інфекції сечового тракту,
- бактеріальний простатит.

\* Тільки у разі, якщо визнано неефективним або недоцільним застосування інших антибактеріальних засобів, які зазвичай призначають для лікування цієї інфекції.

Статтю підготовлено за підтримки компанії «Др. Редді'с Лабораторіз» для надання професійної інформації спеціалістам у сфері охорони здоров'я. Містить інформацію про лікарський засіб (інформація про який також наведена в супутньому інфоблоці, див.).

CIP-19-01-2026-Rx-7.4

## Алгоритм вибору емпіричної антибіотикотерапії при ускладненій ІСШ

Щоб оптимізувати вибір емпіричної антибіотикотерапії у пацієнтів із підозрою на ускладнену ІСШ, пропонується наступний чотирикроковий підхід: оцінити тяжкість стану (1) (для початкового пріоритетного вибору емпіричних антибіотиків), фактори ризику пацієнта щодо резистентних уропатогенів (2) (для оптимізації антимікробного покриття), інші індивідуальні особливості пацієнта (3) (щоб зменшити ризик небажаних ефектів) та у пацієнтів із сепсисом доцільно, за наявності, використовувати локальну антибіотикограму (4) (щоб підвищити ймовірність призначення адекватної емпіричної терапії).

### Крок 1. Тяжкість стану (початкове пріоритетне визначення препарату для емпіричної антибіотикотерапії)

Чи слід керуватися тяжкістю стану при виборі емпіричної антибіотикотерапії у пацієнтів із підозрою на ускладнену ІСШ (включно з пієлонефритом)?

#### Рекомендація:

- У пацієнтів із підозрою на ускладнену ІСШ (включно з пієлонефритом) рекомендовано на початковому етапі визначати емпіричну антибіотикотерапію, орієнтуючись на тяжкість стану, а саме на наявність або відсутність сепсису (*умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості*).

### Крок 2. Індивідуальні для пацієнта фактори ризику наявності резистентних уропатогенів (оптимізація антибактеріального покриття)

Чи слід керуватися результатами попередніх аналізів сечі та індивідуальними факторами ризику щодо резистентних уропатогенів із метою оптимізації вибору препарату для емпіричної антибіотикотерапії у пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з пієлонефритом)?

#### Рекомендації:

- У пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з гострим пієлонефритом) пропонується уникати застосування антибіотиків, до яких у них раніше було виявлено резистентність

збудника за результатами дослідження сечі (*умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості*).

- У пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з гострим пієлонефритом) рекомендовано уникати фторхінолонів, якщо вони отримували цю групу антибіотиків протягом останніх 12 міс (*умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості*).

### Крок 3. Інші індивідуальні фактори пацієнта (профілактика можливих небажаних ефектів)

Чи слід додатково враховувати індивідуальні особливості при виборі препарату для емпіричної антибіотикотерапії у пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з пієлонефритом)?

#### Рекомендація:

- У пацієнтів із підозрою на ускладнену ІСШ вибір антибіотиків для емпіричної терапії має враховувати їхні індивідуальні особливості (наприклад, ризик алергічної реакції, протипоказання або взаємодії з іншими препаратами) для запобігання передбачуваним небажаним ефектам (*рекомендація на основі загальноприйнятої клінічної практики*).

### Крок 4. Антибіотикограма (коригування емпіричної терапії у пацієнтів із сепсисом)

Чи слід додатково коригувати вибір антибіотиків для емпіричної терапії, використовуючи антибіотикограму, у пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з пієлонефритом)?

#### Рекомендації:

- У пацієнтів із сепсисом, імовірно, зумовленим ускладненою ІСШ (включно з гострим пієлонефритом), рекомендовано використовувати антибіотикограму для подальшого уточнення вибору препарату для емпіричної терапії, лише якщо антибіотикограма є актуальною, недавньою та релевантною для пацієнта (*умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості*).
- У пацієнтів із підозрою на ускладнену ІСШ без сепсису (включно з гострим пієлонефритом) не надається конкретна рекомендація щодо використання антибіотикограми для подальшого уточнення вибору препарату

для емпіричної антибіотикотерапії (немає рекомендації, недостатність доказів).

### Вибір остаточної антибіотикотерапії при ускладненій ІСШ

Чи слід призначати остаточну ефективну антибіотикотерапію на основі результатів посіву сечі замість продовження емпіричного застосування антибіотиків широкого спектра дії у пацієнтів із мікробіологічно підтвердженою ускладненою ІСШ?

#### Рекомендація:

- У пацієнтів із підтвердженою ускладненою ІСШ рекомендовано переходити на остаточно ефективний антибіотик із цільовим спектром дії на основі результатів посіву сечі (ідентифікація збудника та його чутливість) відразу після отримання результатів замість продовження емпіричного застосування антибіотиків широкого спектра дії протягом усього курсу лікування (умовна рекомендація, низький рівень доказовості).

### Терміни переходу із внутрішньовенної антибіотикотерапії на пероральну при ускладненій ІСШ

Чи слід переходити з парентеральної на пероральну антибіотикотерапію замість продовження парентерального лікування протягом усього курсу в пацієнтів, які отримують парентеральну терапію з приводу ускладненої ІСШ, мають клінічне покращення, здатні приймати лікарські засоби перорально та для яких доступний пероральний варіант лікування?

#### Рекомендації:

- У пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з гострим пієлонефритом), які спочатку отримували парентеральну антибіотикотерапію, мають клінічне покращення, здатні приймати лікарські засоби перорально та для яких доступний ефективний пероральний варіант лікування, пропонується перехід на пероральні антибіотики замість продовження парентеральної терапії протягом подальшого курсу лікування (умовна рекомендація, низький рівень доказовості).

### Коментарі:

— Ця рекомендація акцентує увагу на зменшенні запобіжних небажаних явищ, пов'язаних із використанням внутрішньовенних катетерів, а також на зниженні витрат і раціоналізації використання ресурсів з огляду на практичні аспекти введення антибіотиків.

— Дослідження, що лежать в основі цієї рекомендації, переважно виключали пацієнтів із постійно встановленими сечовими катетерами, сепсисом або септичним шоком, імунодефіцитними станами, тяжкою нирковою недостатністю, а також функціональними чи структурними аномаліями сечовивідних шляхів. В окремих пацієнтів із цих підгруп може знадобитися індивідуалізований план лікування.

— Під ефективним антимікробним засобом розуміють антибіотик, який досягає терапевтичних концентрацій у сечі та відповідних тканинах і є активним щодо збудника інфекції.

— Поетапна оцінка переходу з внутрішньовенної антибіотикотерапії на пероральну та визначення її тривалості представлені на рис. 2.

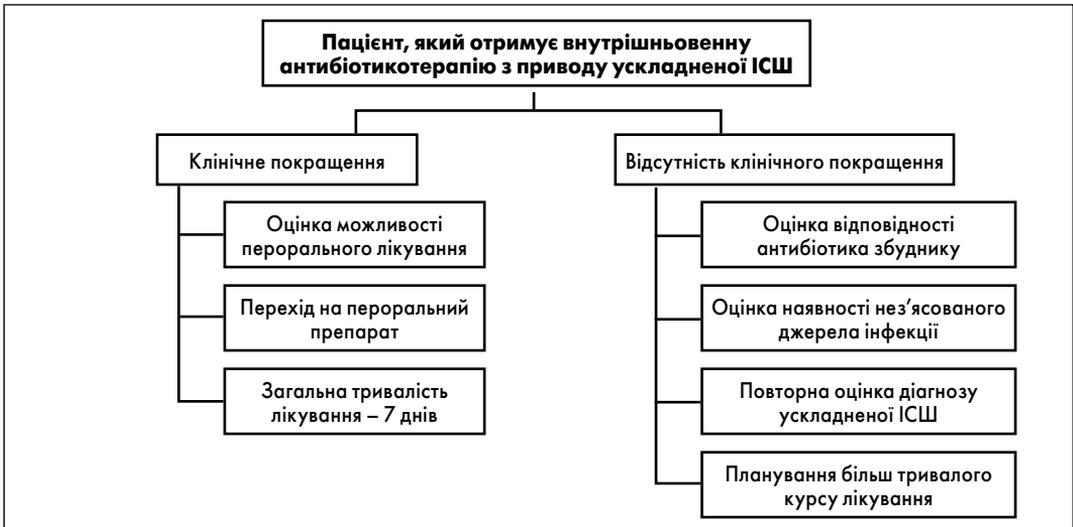
- У пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з гострим пієлонефритом), ускладненою грамнегативною бактеріємією, які спочатку отримували парентеральну терапію, мають клінічне покращення, здатні приймати лікарські засоби перорально та для яких доступний ефективний пероральний варіант лікування, пропонується перехід на пероральні антибіотики замість продовження парентеральної терапії протягом подальшого курсу лікування (умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості).

### Тривалість антибіотикотерапії при ускладненій ІСШ

Чи слід подовжувати загальну тривалість антибіотикотерапії >7 днів замість коротшого курсу (≤7 днів) у пацієнтів з ускладненою ІСШ, які демонструють клінічну відповідь на лікування?

#### Рекомендації:

- У пацієнтів з ускладненою ІСШ (включно з гострим пієлонефритом), у яких має місце клінічне покращення на фоні ефективної терапії\*, рекомендовано застосовувати



**Рис. 2. Поетапна оцінка переходу з внутрішньовенної антибіотикотерапії на пероральну та визначення її тривалості**

коротший курс антимікробних препаратів: 5-7 днів фторхінолону (*умовна рекомендація, середній рівень доказовості*) або 7 днів антибіотика іншої групи (*умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості*) замість довшого курсу (10-14 днів).

\* *Ефективний антимікробний засіб – препарат, який досягає терапевтичних концентрацій у сечі та відповідних тканинах і проявляє активність щодо збудника інфекції. Тривалість лікування рахується від першого дня ефективної антибіотикотерапії.*

#### Коментарі:

– Більшість досліджень, що лягли в основу цієї рекомендації, виключали пацієнтів із постійно встановленими сечовими катетерами, тяжким сепсисом, імунодефіцитними станами, абсцесами сечовивідних шляхів, хронічною хворобою нирок, бактеріальним простатитом, повною обструкцією сечовивідних шляхів або які підлягали урологічним хірургічним втручанням. Деякі пацієнти з цих підгруп можуть мати підвищений ризик ускладнень або неефективності терапії та потребувати індивідуальної тривалості лікування.

– Чоловіки з ІСШ із лихоманкою, у яких підозрюють гострий бактеріальний простатит, можуть потребувати тривалішого курсу лікування (10-14 днів), хоча дані для визначення його оптимальної тривалості у цій підгрупі обмежені.

– Ця рекомендація базується на результатах досліджень, які переважно вивчали фторхінолони в період, коли резистентність до них була менш поширена. Дані щодо коротких курсів пероральних β-лактамів при ускладненій ІСШ обмежені, і для ефективності антибіотикотерапії можуть знадобитися вищі дози.

– У пацієнтів, які не демонструють швидкого клінічного покращення, слід розглянути можливість наявності активного вогнища інфекції, що потребує контролю джерела.

– Ця рекомендація підкреслює важливість раціонального використання антибіотиків та зменшення навантаження, пов'язаного з їх застосуванням, з точки зору як системи охорони здоров'я, так і пацієнта.

- У пацієнтів з ускладненою ІСШ, що супроводжується грамнегативною бактеріємією, які демонструють покращення клінічного стану на фоні ефективної терапії, рекомендовано застосовувати коротший курс антибіотикотерапії (7 днів) замість тривалого (14 днів) (*умовна рекомендація, низький рівень доказовості*).

Реферативний огляд підготувала **Дарія Чорна**

За матеріалами: Trautner B.W., Cortés-Penfield N.W., Gupta K. Clinical Practice Guideline by Infectious Diseases Society of America (IDSA): 2025 Guideline on Management and Treatment of Complicated Urinary Tract Infections: Executive Summary.