

**Ръководство за  
емпиричната  
антимикробна терапия на  
инфекциите в  
извънболничната помощ**

**Таблица 1. Препоръки за емпирична терапия при инфекции на долни дихателни пътища(ДДП)**

Клинична картина	Очаквана етиология	Препоръчителна антибиотична терапия р.о.	Алтернатива р.о.	Коментар р.о. (перорално)
1. Персистираща кашлица >14 дни, Коклюш, или бронхит	<i>B. pertussis</i> <i>B. parapertussis</i> <i>M. pneumoniae</i> , <i>Chlamydia spp.</i>	<p align="center">Azithromycin- 10 mg/kg/ден през първия ден, след това 5mg/kg/ден за 4 дни; Clarithromycin - 7.5mg/kg на 12ч.</p> <p>Деца: 10 mg/kg за 1 ден , последвани от 5 mg/kg/ден за дните 2-5 (максимална доза 500 mg) Възрастни: 500 mg за ден 1, след което 250 mg за дните 2-5 Azithromycin,i.v. Новородени (&lt; 1 месец): Не се препоръчва Кърмачета (1-5 месеца): 10 mg/kg/ден за 2 дни, след което преминаване към перорална терапия 5 mg/kg/ден за до общо 5 дни Кърмачета, Деца (&gt; 6 месеца): 10 mg/kg/ден за 2 дни, след което преминаване към перорална терапия 5 mg/kg/ден за до общо 5 дни Възрастни: 10 mg/kg/ден за 2 дни, след което преминаване към перорална терапия 5 mg/kg/ден за до общо 5 дни</p> <p align="center">2</p>	<p>При деца: Azithromycin- 10 mg/kg/дневно през първия ден, след това 5mg/kg/ден за 4 дни; или Clarithromycin – 7.5 mg/kg/12 ч.</p> <p>Новородени &lt; 1 месец: Не се препоръчва Кърмачета 1-5 месеца: 15 mg/kg/ден разпределени на 2 дози за 7 дни Кърмачета &gt; 6 месеца, деца: 15 mg/kg/ден на 2 дози (максимална доза 1 g/ден) за 7 дни Възрастни: 500 mg 2 пъти/ден за 7 дни Trimethoprim/sulfamethoxazole новородени (&lt; 1 месец): Контраиндициран Кърмачета (1-5 месеца): Контраиндициран за възраст &lt; 2месеца; Trimethoprim/sulfamethoxazole</p>	

			(8/40 mg/kg/ден) на 2 дози за 7 дни (възраст > 6 месеца), деца: Trimethoprim/sulf amethoxazole (8/40 mg/kg/ден) на 2 дози за 7 дни Възрастни: Trimethoprim/sulf amethoxazole (320/1600 mg)/ден на 2 дози за 7 дни	
2. Възпалени бронхиектазии	<i>H. influenzae</i> <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. pneumoniae</i> (рядко)	Моксифлоксацин- 400mg/ден Levofloxacin- 500 mg/ден  <u>H. influenzae</u> Amoxicillin/Clav. acid 875/125 mg двукратно дневно При доказана липса на бета-лактамази: Amoxicillin 1g /8h	Дохусуcline 100mg двукратно дневно или Azithromycin 500 mg еднократно за ден 1, след което 250mg веднъж дневно за 4 дни	
3. Пневмония придобита в обществото при възрастни без рискови фактори	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>Chlamydia spp.</i> <i>H. influenzae</i> , <i>Moraxella spp.</i> , вируси	Amoxicillin (Amoxicillin/Clav. Acid, Ampicillin /Sulbactam) – 1/2-1 g/6 ч. за 7-10 дни ) ± макролид (Clarithromycin- 500 mg/12ч., Azithromycin- 10 mg/kg/ден през първия ден, след това 5mg/kg/ден за 4 дни;	1. Могат да се прилагат като последователна терапия, използвайки един и същи препарат. 2. Новите макролиди са за предпочитане пред Erythromycin, i.v. 4. При пациенти с риск от Грам- отрицателни чревни бактерии, особено такива с широкоспектърен а бета-лактамаза, но без риск от <i>P.</i> <i>aeruginosa</i> , може да се използва	Препоръчителна схема при запазено общо състояние: Amoxicillin или Amoxicillin/Clav. Acid, Ampicillin /Sulbactam 500+ mg на 4 часа през будния период за два дни , след това на 6ч, ако няма добра резолюция до 48 час не се спира лечението, а се добавя и 500 mg Azithromycin или Clarithromycin- 500 mg/12ч.,

			Ertapenem	
10. Деца от 4 месеца до 5 години	Вируси, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Moraxella spp.</i>	Перорален Амоxacillin-50мг/кг/6ч.	Amoxicillin/Clav. acid 90 мг кг/ 2 дози за 5 дни, Amoxicillin - 90mg/kg в 2 разделени дози за 5 дни,	
11. Деца от 5 до 18 години	<i>M. pneumoniae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>Chlamydia spp.</i>	Амоxacillin, Макролиди (при съмнение за <i>Streptococcus pneumoniae</i> ) Clarithromycin - 15 до 30 mg/kg разделен на два приема, за 5-10 дни Cefuroxime – 15 mg/kg/12ч. за 5 -10 дни	Amoxicillin/Clav. acid	Clarithromycin да не се прилага повече от 14 дни при деца с бъбречна недостатъчност.
12. Пневмонии при пациенти до 15 дни след хоспитализация,	Бактериални причинители на вътреболнични инфекции	Moxifloxacin- 400mg/ден Levofloxacin- 500 mg/ден	Azithromycin- 10 mg/kg/ден през първия ден, след това 5mg/kg/ден за 4 дни;	Да се изясни какви
13. Пневмония със съмнение за легионерска болест	<i>Legionella spp.</i> ,	Moxifloxacin- 400mg/ден Levofloxacin- 500 mg/ден Doxycycline 100mg двукратно дневно	Azithromycin- 10 mg/kg/ден през първия ден, след това 5mg/kg/ден за 4 дни;	На препарат по Грам от храчка се виждат много левкоцитите и няма бактерии. Връзка с пътуване и водни аерозоли
14. Пневмонии причинени от вътреклетъчни бактерии	<i>M. pneumoniae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>Chlamydia spp</i> <i>C.burnetty</i>	Moxifloxacin- 400mg/ден или Levofloxacin- 500 mg/ден или Doxycycline 100mg двукратно дневно	Azithromycin- 10 mg/kg/ден през първия ден, след това 5mg/kg/ден за 4 дни;	На микроскопски препарат по Грам от храчка се виждат много левкоцитите и няма бактерии.

**Таблица 2. Емпирична антибиотична терапия при гастроентерит. Диария на пътуващите. Дуоденална язва**

Диагноза/ инфекции	Етиология	Терапевтично средство на 1- <sup>ви</sup> избор (р.о.)	Алтернатива (р.о.)	Коментар
Кампилобак- териоза	<i>Campylobacter jejuni</i>	Azithromycin 500 mg веднъж на 24ч x 3 дни	Ciprofloxacin 500 mg 2 пъти дневно	Резистентността към ципрофлоксацин се увеличава и може да надхвърли 50% в някои страни). Възможни усложнения- Реактивен артрит, Гилен-Баре, чревна лимфопролиферация
Псевдомембранозен колит. При лечение с антибиотици	<i>Clostridium difficile (now Clostridioides difficile)</i> Токсин положителен	Vancomycin 125 mg 2 пъти дневно, р.о. x 10 дни	Лека болест само: Metronidazole 500 mg под час ако е ограничен достъпът до Vancomycin. По-тежко заболяване: Избягвайте Метронидазол, който е свързан с по-висока смъртност от лечение с перорален Ванкомицин	
Дизентерия	<i>Shigella spp.</i>	Ciprofloxacin 750 mg 2 пъти дневно или 750 mg 1 път дневно x 3 дни Levofloxacin 500		

		mg p.o.1 път дневно x 3 дни		
Салмонелоза	<i>Salmonella sp.</i>	Ciprofloxacin 500 mg 2 пъти дневно или Levofloxacin 500 mg 1 път дневно 7-14 дни	Cefixime 20-30 mg / kg / ден в две разделени дози за 7-14 дни Азитромицин 1 gm за 1 доза и след това 500 mg веднъж дневно в продължение на 5-7 дни Ако не са налични: Хлорамфеникол 2-3 за 4 разделени дози за 14 дни TMP-SMX 8-10 mg / kg в 2-3 разделени Тежка болест: добавете Дексаметазон	
Тиф и паратиф  Противоепидемични мерки за особено опасна инфекция. Задължителна хоспитализац. Анамнеза за пребиваване в чужбина	<i>Salmonella Typhi,</i> <i>Salmonella Paratyphi</i>	Ciprofloxacin 500 mg 2 пъти дневно или Levofloxacin 500 mg 1 път дневно 7-14 дни		
Ерзиниоза	<i>Yersinia enterocolitica</i>	Без лечение, освен ако не е тежка форма.	Trimethoprim/ sulfamethoxazole. или  Fluoroquinolones Doxycycline	

Диария на пъващите	<i>Ентеротоксигенни ETEC E. coli, Shigella, Salmonella или Campylobacter, C. difficile</i>	<p>Възрастни: Azithromycin 1000 mg x 1 (или 500 mg 12ч/ x 2) или 500 mg 1/24ч x 3 дни</p> <p>Деца: Azithromycin 10 mg/kg/ден единична доза или x 3 дни</p>	<p>Флуорохинолоните вече не се препоръчват като лечение на първа линия за много регион</p> <p>Ciprofloxacin 750 mg x 1 може да продължи 3 дни</p> <p>Levofloxacin 500 mg веднъж на 24ч x 1-3 дни или Ofloxacin 300 mg 2 пъти дневно x 3 дни или Rifaximin 200 mg 3 пъти дневно x 3 дни (не се абсорбира, така че само при диарогенна E.coli</p>	<p>И за възрастни, и за деца: Добавете Imodium 4 mg x 1 доза, след това 2 mg след всяко 1 втечнено изпращане (до максимум 16 mg / ден).</p>
--------------------	--	--	---	---

Дуоденална/стомашна язва	<i>Helicobacter pylori</i>	<p>10-14 дни</p> <p>Amoxicillin 500 mg 4 пъти дневно + Metronidazole 500 mg 2 пъти дневно или 4 пъти дневно (може да се замести с Tinidazole) + Clarithromycin 500 mg 2 пъти дневно Не замествайте с Azithromycin</p>	<p>Четворна терапия (10-14 дни), Bismuth 2таб. 4 пъти Metronidazole 500mg 2 или 4 пъти дневно Omeprazole 20mg 2 пъти дневно</p> <p>+ Инхибитор на протонната помпа: Omeprazole 20 mg 2 пъти дневно , Pantoprazole 40 mg 2 пъти дневно</p> <p>Или Rabeprazole 20 mg 2 пъти дневно + Metronidazole 500 mg 2 или 3 пъти дневно (може да се замести с Tinidazole) +</p>	
--------------------------	----------------------------	---	---	--

			Tetracycline 500 mg 4 пъти дневно Не замествайте с Doxycycline	
--	--	--	---	--

**Таблица 3. Препоръки за емпирична антибиотична терапия при уроинфекции**

Диагноза/ инфекции	Етиология	Терапевтично средство на 1- <sup>ви</sup> избор (р.о.)	Алтернатива (р.о.)	Коментар
1. Остри не усложнени инфекции на уринарния тракт (цистит/уретрит) при жени	<i>Enterobacteriales</i> (най-често <i>E. coli</i> ), <i>S. saprophyticus</i> , <i>ентерококи</i>	при < 20% локална резистентност на <i>E. coli</i> към Trimethoprim/sulfamethoxazole. и липса на алергия към него - Trimethoprim/sulfamethoxazole. – (160 mg/800 mg) 2 пъти дневно за 3 дни, при алергия – Nitrofurantoin – 100 mg 2 пъти дн. за 5 дни или Fosfomicin – 3 g 1 доза	при >20% локална резистентност на <i>E. coli</i> към Trimethoprim/sulfamethoxazole. или алергия към него – 3 дни Ciprofloxacin - 250 mg 2 пъти дневно или Levofloxacin – 250 mg на 24 ч или Moxifloxacin – 400 mg на 24 ч или Nitrofurantoin - 100 mg 2 пъти дневно или Fosfomicin – 3 g единична доза Ciprofloxacin 250 mg двукратно дневно или	Trimethoprim/Sulfamethoxazole - При бременни се препоръчва 7 дни терапия (2седм. преди термина не се прилагат сулфонамиди поради възможност да предизвикат иктер); При ESBLs продуциращи <i>E. coli</i> и <i>Klebsiella spp.</i> е установена чувствителност към Fosfomicin, Ertapenem



			<p>такъв с удължено освобождаване -500 mg /24h за 3 дни</p> <p>Levofloxacin 250 mg /24h за 3 дни</p> <p>Амоксицилин/Клава. киселина 875/125 mg двукратно дневно за 5-7 дни</p> <p>Cephalexin 500 mg четирикратно дневно за 5-7 дни</p> <p>двукратно дневно за 3-7 дни</p>	
При рискови фактори за сексуално-преносими заболявания:	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azithromycin – 1 g единична доза	Дохусуцилин – 100 mg 2 пъти дневно за 7 дена	
Рекурентни (3 и повече епизода за 1 година) при млади жени:	всеки от изброените по-горе	След ерадикация на инфекцията, Trimethoprim/sulfamethoxazole (80 mg/400 mg) 1 път дневно за дълъг период		Препоръчителен е приемът на 1 табл. Trimethoprim/sulfamethoxazole (160 mg/800 mg) post-coitus
При деца под 5 год. с 3-4 степен рефлукс:	колиформни бактерии	<p>Trimethoprim/Sulfamethoxazole-(2mg TMP/10 mg SMX)/kg за 24ч</p> <p>или</p> <p>Nitrofurantoin – 2 mg/kg на 24 ч</p> <p>Амоксицилин/Клава. Киселина 10-15 mg/kg /8 ч</p> <p>Cephalexin 50-100 mg/kg/дневно /8 ч</p> <p>Trimethoprim/sulfamethoxazole.</p>		

		6-12 mg/kg/дневно Cefixime 8 mg/kg веднъж на ден Cefpodoxime 10 mg/kg/дневно /12 ч		
Рекурентни инфекции на уринарния тракт при жени в пост- менопауза	<i>E. coli</i> и други <i>Enterobacteriales</i> <i>Enterococcus</i> <i>S. saprophyticus</i>	както при неkomplицирани инфекции на уринарния тракт		Дефиниция: $\geq 3$ позитивни урокултури плюс симптоматична инфекция на уринарния тракт в рамките на 1 година или 2 инфекции на уринарния тракт за 6 м. период. Урологични фактори: цистоцеле, инконтиненция, резидуален обем урина ( $\geq 50$ ml)
2. Остър не усложнен пиелонефрит (обичайно при жени 18-40 г.) Ако е мъж, да се търси обструктивна уропатия или друга усложняваща патология  Умерено тежък при амбулаторни пациенти	<i>Enterobacteriales</i> (най-често <i>E. coli</i> ), <i>ентерококи</i>	Флуорохинолони за 5-7 дни: Ciprofloxacin – 500 mg 2 пъти дневно или Levofloxacin – 500 mg на 24 ч. или Ofloxacin – 400 mg 2 пъти дневно или	12 дневна терапия с Amoxicillin/ Clav. acid 500/125 mg четири пъти на 24 ч или орални цефалоспорин и или Trimethoprim/ sulfamethoxazole- (2mg TMP/10 mg SMX) на kg на 24 ч	Преди терапията да се направят урокултура и хемокултура  Бета-лактамите не са така ефективни, както флуорохинолонит е. Клиничният успех е по-висок при 7 дена Ciprofloxacin, отколкото 14 дена Trimethoprim/ Sulfamethoxazole- 2 пъти дневно по 960 mg. Levofloxacin 500mg може да се прилага за 5 дни вместо Ciprofloxacin за 7 дена.
4. Асимптомат ична бактериурия	<i>аеробни Грам (-)</i> <i>бактерии</i> и <i>Staphylococcus</i>	Да се скринират през 1-ви триместър, ако са позитивни: 3-7 дена с		Да се скринира ежемесечно за рецидив. Според

Бременни	<i>haemolyticus</i>	Amoxicillin– 500 mg на 12 ч или Nitrofurantoin– 2 mg/kg на 24 ч или орални цефалоспорини или		някои лечението трябва да е непрекъснато – до раждането..
При мъже и жени в напреднала възраст		Не се препоръчва терапия, освен ако няма връзка с хирургично коригиране на обструктивна уропатия.		Да се измерва обемът на резидуалната урина при жени; изследване на простата и PSA при мъже.

Таблица 4. Препоръки за емпирична антибиотична терапия при УНГ инфекции

Клинична диагноза	Очаквана етиология	Препоръчителна профилактика (Р.О.)	Алтернатива (Р.О.)	Коментар
Фарингит-везикуларен	<i>Coxsackie A9</i> , <i>Coxsackie B1-5</i> <i>ECHO</i> <i>Enterovirus 71</i> <i>HSV 1,2</i>	Не се налага антибиотично лечение.	Не се налага антибиотично лечение.	При HSV 1,2 Aciclovir <i>Деца:</i> 20 – 40 мг/кг/дневно разпределена на 3 приема <i>Възрастни:</i> 3 x 400 mg за 10 дни
Ларингит	<i>вируси 90 %</i>	Не се налага антибиотично лечение.	Не се налага антибиотично лечение.	Ако е дете със затруднено дишане- веднага в болница
Риносинуит	<i>Най-често алергия или вируси ( водещи аденовируси)</i>  <i>Бактериални причинители:</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>Анаероби</i>	Амоxicillin/Clav. acid <i>Деца:</i> 90 mg/kg, разпределена на два приема за 10-14 дни <i>Възрастни:</i> 2 x 1 g за 5-7 дни	Clindamycin В педиатрията при алергия към пеницилин: IgE-медирана, анафилаксия: Clindamycin 30-40 mg/kg/ден p.o. разделена на три или четири дози за 10-14 дни (Haemophilus spp. и Moraxella са резистентни). Ако употребата на Clindamycin е невъзможна: При възраст > 6 месеца и тегло < 50	

			<p>kg: Levofloxacin 16 mg/kg/ден /12h до максимална доза 250 mg дневно тегло &gt; 50 kg: Levofloxacin 500 mg p.o. /24h</p> <p>При не- 1 тип алергия (кожен обрив): 2-ра или 3-та генерация цефалоспорини: Cefuroxime 30 mg/kg/ден p.o. /12h Cefpodoxime 10 mg/kg/ден p.o. /12h за 10-14 дни</p> <p>Възрастни пациенти с алергия към Penicillin:</p> <p>Тип 1 алергия (анафилаксия): (Levofloxacin 750 mg p.o. веднъж дневно или Moxifloxacin 400 mg p.o. веднъж дневно) за 5-7 дни Doxycycline 100 mg p.o. двукратно дневно за 5-7 дни</p> <p>Тип 2 алергия(кожен обрив) Cefpodoxime 200 mg p.o. /12h за 5-7 дни Cefuroxime 500 mg p.o. /12h за 5-7 дни</p>	
Отит на външното ухо	Най-често е бактериална инфекция.	Ciprofloxacin и Hydrocortisone 1.0% -локално за 7-10 дни Ciprofloxacin 0.3% ,	Neomycin, Polymyxin B, Hydrocortisone 7-10 дни	Да се избягва системно прилагане на антибиотици като

	<p>Водещи патогени са: <i>P. aeruginosa</i> (20-60 %), <i>S. aureus</i> (10-70 %), други G (-) бактерии (2-3 %).</p> <p>Често може да се наблюдава и полимикробна инфекция. Ако е микотичен е причинен най-често от <i>Aspergillus</i></p>	<p>Dexamethasone 0.1% - локално за 7-10 дни Или Ofloxacin: 5 капки във всяко засегнато ухо веднъж дневно за 7 дни</p>		<p>начална терапия при не усложнен отит на външното ухо, освен при специфични фактори от страна на пациента.</p> <p>Не се препоръчва лечението с пеницилини, макролиди или цефалоспорини, тъй като увеличават продължителността на заболяването, както и честотата на повторна поява.</p>
Отит на средното ухо	<p>Бактерии 92 % Вируси 70 % Бактерии + вируси 66 %</p> <p><i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i></p>	<p>Ако не са приемали преди антибиотик през устата Амоксицилин високи дози деца &lt; 2г. за 10 дни деца ≥ 2г. за 5-7 дни</p>	<p>Ако са приемали преди антибиотик през устата Амоксицилин високи дози деца &lt; 2г. за 10 дни деца ≥ 2г. за 5-7 дни</p> <p>или Амоксицилин/ Clav. Acid или Cefpodoxime или Cefprozil или Cefuroxime</p>	

Таблица 5. Препоръки за емпирична антибиотична терапия при конюнктивити

Клинична диагноза	Очаквана етиология	Препоръчителна профилактика	Алтернатива	Коментар
Конюнктивит, бактериален	<p>Бактериални, не-гонококови / нехламидиални</p> <p><i>Staph.aureus</i>,</p> <p><i>Strep.pneumoniae</i></p> <p><i>H. influenzae</i></p> <p><i>Viridans streptococci</i></p> <p><i>Moraxella catarrhalis</i></p> <p>Гонококов конюнктивит: <i>N. gonorrhoeae</i></p>	<p>Ciprofloxacin 0.3% офталмологичен разтвор 1–2 капки в око на всеки 2 часа (gtts q2h) първите 1,2 дни, след това на 4-8 ч за 7 days.</p> <p>PolymyxinB + Trimethoprim/ Sulfametoxazol</p> <p>офталмологичен разтвор 1–2 капки в око на всеки 3–6ч х 7–10 дни.</p>	<p>Azithromycin 1% офталмологичен разтвор 1 капка два пъти на ден 1 или 2 дни ; след това 1 капка на ден за 5 дни</p>	<p>Флуорохинолоните предлагат най-добрия спектър на действие за емпирична терапия. Високите концентрации увеличават вероятността от активност срещу <i>Staph. aureus</i>, включително MRSA.</p> <p>Използването на локални кортикостероиди е противопоказано.</p> <p>Редица офталмологични антибактериални разтвори или мехлеми също са ефективни, включително Gentamicin, Tobramycin, Levofloxacin, Gatifloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin, Erythromycin, Sulfacetamide.</p>

**Таблица 6. Препоръки за емпирична терапия при херпес симплекс, орални лезии**

Клинична диагноза	Очаквана етиология	Препоръчителна профилактика	Алтернатива	Коментар
Инфекция с вируса на херпес симплекс (HSV). Гингивостоматит	Herpes simplex вирус (HSV) (Типове 1, 2)	Valacyclovir 200 mg p.o. Веднъж на 12ч за 1 ден.  Acyclovir 400 mg p.o. За 5, дни/на всеки 4ч докато е буден ( не FDA одобрен)	Acyclovir 5% крем 6дни през 3ч (7 дни за пациенти с HIV)  Локалната терапия проведена самостоятелно е с ниска ефективност	Valacyclovir е по-ефективен като цяло за намаляване на симптомите при терапия с висока доза, краткотрайна продължителност на лечение. Кожните лезии да се третираат локално с антиоксиданти: витамин D или E.  Хранителна добавка лизин по 1000mg/ден



**Таблица 7. Антимикробна терапия при различни видове ухапвания**

Клинична картина	Очаквана етиология	Препоръчителна антибиотична терапия р.о. ( перорално)	Алтернатива ро ( перорално)	Коментар
<b><u>1.Ухапване от човек:</u></b>	<p><i>Viridans streptococcus</i> (100%)</p> <p><i>Staphylococcus epidermidis</i> (53%)</p> <p><i>Corynebacterium sp.</i> (41%)</p> <p><i>Staphylococcus aureus</i> (29%)</p> <p><i>Bacteroides sp.</i> (82%)</p>	<p>Ранна терапия(не инфектирана рана)- Амоxicillin-Clavulanate 500/125mg 4пъти на ден за 5 дни</p>		<p>Ухапването на юмрука или др част на ръката представляват риск от дълбоки инфекции от попадане на патогени в кръвта и изискват внимателна оценка. Рентгенографи я ще направи оценка за фрактура или чуждо тяло. Преглед на имунни статус за тетанус.</p>
<b><u>2.Ухапване от отровна змия</u></b>	<p>Enterobacteriales</p> <p><i>Pseudomonas sp.</i></p> <p><i>Staphylococcus epidermidis</i></p> <p><i>Clostridium sp.</i></p>	<p>Профилактичните антибиотици не са оправдани поради ниска степен на инфекция. (Am J Med. 2018; 131: 1367).</p> <p>Пиперацилин-тазобактам за емпирична терапия на заразена рана Профилактика срещу тетанус.</p>		

<b><u>3. Ухапване от котка</u></b>	<i>Pasteurella multocida</i>  <i>Staphylococcus aureus</i>	Амох-Clav (500/125)mg 4 пъти на ден  Седем дни	Cefuroxime axetil 500 mg през 12ч или Дохусуcline 100 mg 2 пъти на ден Ако пробата е положителна само за <i>P. multocida</i> , може да се премине на Penicillin G	<i>P. multocida</i> е устойчив на Dicloxacillin, Cephalexin and Clindamycin Справка: Am Fam Physician 90: 239, 2014.
<b><u>4. Ухапване от плъх</u></b>	<i>Spirillum minus</i>  <i>Streptobacillus moniliformis</i>	Профилактично: Амоxicillin-Clavulanate 500/125 mg 4 пъти на ден за 3 дни  При бяс в региона – имунизация срещу бяс  Дохусуcline 100 mg 2 пъти на ден x 10-14 дни	Профилактично : Дохусуcline 100 mg 2 пъти на ден x 3 дни Azithromycin 500 mg 1 път на ден за 3 дни или Clindamycin 300 mg 4 пъти на ден x 10-14 дни	Профилактикат а и ваксинацията срещу бяс не са прилагат при ухапвания от плъх.
<b><u>5.Ухапване от кон</u></b>	<i>Actinobacillus lignieresii</i> , <i>Pasteurella caballi</i> , <i>P. multocida</i>  <i>Neisseria spp.</i>  <i>Staphylococcus aureus</i> and streptococci  Enterobacteriales	Амоxicillin-clavulanate 500/125 mg 4 пъти на ден  Седем дни	<u>Дохусуcline</u> 100 mg 2 пъти на ден	Инфекциите често са полимикробни; култивирането на раната може да разкрие целеви организми, върху които да се основава окончателна антимикробна терапия, ако се налага.
<b><u>6.Ухапване от паяк</u></b>	Не е инфекциозно	Не се предвижда терапия. Диазепамът или калциевият глюконат са полезни за контролиране на болката, мускулния спазъм.(при ухапване от Черна вдовица <i>Latrodectus</i> )		

<p><b><u>7. Ухапване от маймуна</u></b></p>	<p><i>Herpes simiae</i> също познат като Herpes B, Monkey B Virus, herpesvirus B</p>	<p>Пост- експозиционна профилактика(ПЕП): Valacyclovir 1000mg на всеки 8ч x 14 дни или  Acyclovir 800 mg po 5 на ден x 14 дни</p>		<p>Първата помощ е критична след ухапване от маймуна. Но РЕР трябва да се предлага при всеки случай на ухапване, защото рискът винаги е по-голям от нула. Съобщава се за фатални случаи на миелит и хеморагичен енцефалит при хора след ухапвания, драскотини или очна инокулация на слюнка от маймуни.</p>
<p><b><u>8. Ухапване от камила</u></b></p>	<p><i>Staph. aureus</i>  <i>Streptococcus pyogenes</i>  <i>Bacillus spp.</i>  <i>P. aeruginosa</i></p>	<p>Cephalexin 500 mg 4 пъти на ден + Ciprofloxacin 500 mg два пъти дневно  Седем дни</p>		<p>Може да се появи опасност от бяс</p>

<p><b><u>9. Ухапване от прилеп, миеша мечка скункс</u></b></p>	<p><i>Streptococcus</i> sp. <i>Staphylococcus</i> sp.</p> <p>Да се мисли за ваксина срещу бяс</p>	<p>Амоxicillin-Clavulanate 500/125 mg четири пъти дневно</p> <p>Седем дни</p>	<p>Дохусуcline 100 mg два пъти дневно</p>	
<p><b><u>10. Ухапване от куче</u></b></p>	<p><i>Pasteurella canis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Bacteroides</i> sp. <i>Fusobacterium</i> sp., EF-4 <i>Capnocytophaga</i> sp.</p>	<p>Амоxicillin-Clavulanate 875/125 mg два пъти дневно или 500/125 mg три пъти дневно</p>	<p>Педиатрично: Clindamycin + TMP-SMX) Възрастни: Clindamycin 300 mg два пъти дневно + Fluoroquinolone</p>	<p><i>P. canis</i> е резистентна на Dicloxacillin, Cephalexin, Clindamycin (Antimicrob Agts Chemother 56:6319, 2012).</p>
<p><b><u>11. Ухапване от прасе, свиня</u></b></p>	<p>Gram positive cocci Gram negative bacilli Анаerobes <i>Pasteurella</i> sp. <i>Actinobacillus suis</i></p>	<p>Амоxicillin-Clavulanate 500/125 mg четири пъти дневно за седем дни</p>		<p>Прасетата могат да са колонизирани с MRSA (Clin Microbiol Rev 24: 231, 2011).</p>
<p><b><u>12. Ухапване от тюлен</u></b></p>	<p><i>Mycoplasma</i> от морски бозайници</p>	<p>Дохусуcline 100 mg два пъти дневно x 1 седмица</p>	<p>Tetracycline 500 mg три пъти на ден x 2 седм and 500 mg два пъти дневно x 4 - 6 седм</p>	

<p><b><u>13. Ухапване от мечка</u></b></p>	<p><i>S. aureus</i></p> <p><i>Coagulase-negative staph</i></p> <p><i>Nocardia</i></p> <p><i>Viridans streptococci</i></p> <p><i>Enterobacteriales</i></p> <p><i>Aeromonas sp.</i></p> <p><i>B. cereus</i></p> <p><i>Neisseria spp.</i></p>	<p>Amoxicillin-clavulanate 500/125 mg четири пъти дневно + Ciprofloxacin 500 mg два пъти дневно за седмица</p>		
<p><b><u>14. Ухапване от лебед</u></b></p>	<p><i>Pseudomonas aeruginosa</i></p>	<p>Ciprofloxacin 500 mg два пъти дневно 5-7 дни</p>		
<p><b><u>15. Ухапване от гущер, игуана</u></b></p>	<p><i>Staphylococcus aureus</i></p> <p><i>Serratia marcescens</i></p>	<p>Amoxicillin 500 mg четири пъти дневно + Ciprofloxacin 750 mg два пъти дневно за седем дни</p>	<p>Антистафилококови агенти + такива, активни срещу <i>Serratia</i> и др <i>Enterobacteriales</i> като Gentamicin. Trimethoprim-sulfamethoxazole е възможна алтернатива на флуорохинолон</p>	
<p><b><u>16. Ухапване от кърлеж в парк или междублоково пространство</u></b></p>	<p><i>Borellia burgdorferi</i> или <i>Erlhia</i> или <i>Anaplazma</i> или <i>R. conori</i></p> <p>Ако кърлежите са с повече от 20% заразеност при свалянето се извършва постекспозиционна профилактика еднократно с антибиотик</p>	<p>Възрастни 200 mg (две капсули) Доксицилин еднократно при сваляне на кърлежа</p> <p>Деца Azithromycin 10 mg/kg - еднократно при сваляне на кърлежа</p>	<p>След сваляне на кърлежа - дезинфекция с безцветен дезинфектант и наблюдение за две седмици</p>	<p>Проведената еднократна антибиотична профилактика намалява 10 пъти вероятността за бактериална инфекция</p>

