

2025



КОДЕКС ВРАЧА, НАЗНАЧАЮЩЕГО АНТИБИОТИК, v. 4.0

12 правил в акушерско-гинекологической практике

Я, ПРОГРЕССИВНЫЙ РОССИЙСКИЙ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, ПЕРЕД ЛИЦОМ СВОИХ ТОВАРИЩЕЙ И КОЛЛЕГ ТОРЖЕСТВЕННО ОБЕЩАЮ:

ОБЩЕЕ

- 1 Если я могу не назначить антибиотик — я не назначу его.
- 2 Я назначаю антибиотик только по показаниям и в случае крайней необходимости.
- 3 Я избегаю abortивных курсов антибиотикотерапии — коротких и недостаточных по дозам.
- 4 Для эмпирической терапии я выберу антибиотик, губительный только для наиболее распространённых возбудителей, ориентируясь на актуальные литературные данные о возможной резистентности.
- 5 При назначении эмпирической терапии я выполню диагностический поиск для идентификации возбудителя и скорректирую лечение после получения результатов исследований.
- 6 Рекомендую антибиотик, я всегда тщательно собираю данные об аллергических реакциях в анамнезе.

КЛИНИЧЕСКОЕ

- 7 Я предпочитаю местное применение системному в случае вагинальной инфекции.
- 8 Я забочусь о восстановлении вагинального и клинического нормоценоза после курса антимикробной терапии.
- 9 Я не назначаю антибиотик при вирусных инфекциях для профилактики бактериального осложнения.
- 10 Я не лечу антибиотиками хронические ВЗОМТ вне обострения. Тазовую боль я не приравниваю к обострению ВЗОМТ.

РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ

- 11 Я объясняю пациентке, почему она должна неукоснительно пройти предписанный курс лечения.
- 12 Я запрещаю пациенткам покупать антибиотик без назначения врача и объясняю почему.

Я полностью осознаю, что неполные курсы антибиотиков (как по длительности, так и по дозировке) приближают крах эры антибактериальной терапии и толкают человечество в доантибиотиковую эпоху, когда смертность от родильной горячки достигала 20–25%.

**Я ОБЕЩАЮ РАСПРОСТРАНЯТЬ
ЭТОТ КОДЕКС СРЕДИ СВОИХ КОЛЛЕГ!**

**СОХРАНЯЮ
АНТИБИОТИКИ
для БУДУЩИХ
ПОКОЛЕНИЙ**

