

РОССИЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам

| Версия 2026-01 |

КМАХ | Том 28 | 2026

Приложение 2



ПОДПИШИСЬ!



↑
ПЕРЕЙТИ НА САЙТ:
SERVICE.IACMAC.RU

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ
ДЛЯ МИКРОБИОЛОГА И КЛИНИЦИСТА

ЗНАНИЕ, ДОСТУПНОЕ
ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС

Ваше время – самый ценный ресурс. service.iacmac.ru
– централизованный доступ к ключевым научным материалам:
от последних статей до методических рекомендаций.



РОССИЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам

| Версия 2026-01 |

КМАХ | Том 28 | 2026

Приложение 2

Одобрены Профильной комиссией по клинической микробиологии и антимикробной резистентности



Подготовлены на основе рекомендаций Европейского комитета по определению чувствительности к антимикробным препаратам (EUCAST, v. 16.0)

Иллюстрации заимствованы из документа EUCAST disk diffusion method for antimicrobial susceptibility testing. Reading guide, v 11.0 (1 January, 2025)



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ
И АНТИМИКРОБНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ



ФГБОУ ВО
«СМОЛЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МЕТОДИЧЕСКИЙ ВЕРИФИКАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ПО ВОПРОСАМ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ -
РЕФЕРЕНС-ЦЕНТР ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПОДГОТОВЛЕНЫ:

- Научно-исследовательским институтом антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Смоленск (Козлов Р.С., Эйдельштейн М.В., Иванчик Н.В., Скленова Е.Ю., Романов А.В., Веселов А.В., Кузьменков А.Ю., Дехнич А.В.)
- ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва (Сухорукова М.В.)
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург (Сидоренко С.В., Партин И.В., Гостев В.В., Агеев В.А.)
- ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Санкт-Петербург (Кафтырева Л.А., Макарова М.А., Краева Л.А., Матвеева З.Н.)
- Научно-исследовательский институт медицинской микологии им. П.Н. Кашкина ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург (Васильева Н.В., [Климко Н.Н.], Богомолова Т.С., Выборнова И.В., Рябинин И.А., Борзова Ю.В., Ковыршин С.В.)
- ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва (Тартаковский И.С.)
- ГБУЗ «Московский научно-практический центр лабораторных исследований Департамента Здравоохранения Москвы» (Тимофеева О.Г.)
- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Попов Д.А.)
- ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы (Угольникова А.О.)
- ФГБНУ «Научно-исследовательский институт по изысканию новых антибиотиков им. Г.Ф. Гаузе» (Голикова М.В., Портной Ю.А.)

Область применения. Настоящие рекомендации содержат единые требования к процедуре определения чувствительности к антимикробным препаратам изолятов бактерий и грибов с целью выбора тактики антимикробной терапии пациентов с инфекционными заболеваниями, а также эпидемиологического наблюдения за антибиотикорезистентностью основных бактериальных и грибковых возбудителей инфекций у человека.

Ключевые слова: определение чувствительности, антибиотикорезистентность, бактерии, антибиотики, антибактериальная терапия, грибы, противогрибковая терапия.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5		
Часть I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАКТЕРИЙ К АНТИБИОТИКАМ.....	6		
Раздел 1. Методология оценки чувствительности бактерий к антибиотикам	6		
Введение: общие положения	6		
1. Методы определения МПК.....	7		
2. Дisko-диффузионный метод оценки чувствительности бактерий к АМП	8		
2.1. Введение	8		
2.2. Приготовление и хранение питательной среды.....	8		
2.2.1. Процедура приготовления агара МХ и МХ-П.....	9		
2.2.2. Приготовление чашек с агаром.....	9		
2.2.3. Хранение чашек с агаром	9		
2.2.4. Контроль качества	9		
2.3. Приготовление бактериальной суспензии (инокулюма)	9		
2.4. Инокуляция чашек с агаром МХ и МХ-П.....	10		
2.5. Нанесение дисков с антибиотиками	10		
2.6. Инкубация	11		
2.6.1. Контроль качества проведения исследования после инкубации	12		
2.7. Измерение зон подавления роста и интерпретация результатов определения чувствительности	12		
2.7.1. Общие требования	12		
2.7.2. Измерение диаметров зон подавления роста: особые ситуации.....	12		
2.7.3. Измерение диаметров зон подавления роста: частные случаи	15		
2.8. Особенности определения чувствительности к антибиотикам <i>Campylobacter jejuni</i> и <i>coli</i> дisko-диффузионным методом.....	18		
2.9. Контроль качества	18		
2.9.1. Общая информация.....	18		
2.9.2. Контрольные штаммы для повседневной и расширенной программ контроля качества	19		
2.9.3. Хранение и обращение контрольных штаммов	19		
2.9.4. Периодичность контроля качества	20		
2.9.5. Оценка результатов контроля качества	20		
2.9.6. Возможные источники ошибок	22		
2.10. Повседневная программа контроля качества: целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольных штаммов.....	23		
2.10.1. Контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз	30		
2.11. Расширенная программа контроля качества: целевые и допустимые значения диаметров зон подавления роста контрольных штаммов для выявления механизмов резистентности дisko- диффузионным методом	32		
2.11.1. Продукция ESBL у <i>Enterobacterales</i>	32		
2.11.2. Резистентность к метициллину у <i>Staphylococcus aureus</i>	32		
2.11.3. <i>vanB</i> -опосредованная резистентность к гликопептидам у <i>Enterococcus</i> spp.	32		
2.11.4. Резистентность высокого уровня к аминогликозидам у <i>Enterococcus</i> spp.	32		
2.11.5. Целевые и допустимые значения диаметров зон подавления роста контрольных штаммов, рекомендуемых для выявления механизмов резистентности дisko-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтон с добавлением 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β -НАД (МХ-П).....	33		
2.11.6. Сниженная чувствительность к бета- лактамам вследствие мутаций в генах, кодирующих ПСБ, у <i>Haemophilus</i> <i>influenzae</i>	33		
2.12. Дisko-диффузионный метод и критерии контроля качества определения чувствительности отдельных быстро растущих анаэробных бактерий на агаре для прихотливых анаэробных бактерий (Fastidious Anaerobe Agar, FAA).....	33		
2.12.1. Питательная среда	33		
2.12.2. Приготовление инокулюма	33		
2.12.3. Инокуляция чашек с агаром.....	34		
2.12.4. Нанесение дисков с антибиотиками...	34		
2.12.5. Инкубация	34		
2.12.6. Измерение зон подавления роста.....	34		
2.12.7. Контроль качества	34		
2.12.8. Возможные источники ошибок	35		
2.12.9. Критерии контроля качества дisko-диффузионного метода для определения чувствительности к антибиотикам с использованием агара для прихотливых анаэробных бактерий (FAA)	37		
2.12.10. Контроль анаэробных условий при определении чувствительности анаэробных бактерий дisko- диффузионным методом с использованием агара FAA.....	38		
Литература	38		
Раздел 2. Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам	39		

2.1. Пояснения	39	2. Ожидаемая резистентность.....	162
Рекомендации по использованию таблиц		3. Ожидаемая чувствительность.....	165
пограничных значений.....	42	4. Экспертные правила интерпретации результатов	
Таблица 2.1. Режимы дозирования, использованные		определения чувствительности	166
при установлении клинических			
пограничных значений.....	43		
2.2. Как работать с зоной технической			
неопределенности при определении			
чувствительности к антибиотикам	49		
Таблица 2.2. <i>Enterobacterales</i>	51		
Таблица 2.3. <i>Pseudomonas</i> spp	59		
Таблица 2.4. Дополнительные фенотипические методы			
выявления резистентности (механизмов			
резистентности) у <i>Enterobacterales</i>			
и <i>Pseudomonas</i> spp.	64		
Таблица 2.5. <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	67		
Таблица 2.6. <i>Acinetobacter</i> spp	72		
Таблица 2.7. <i>Staphylococcus</i> spp.....	77		
Таблица 2.8. <i>Enterococcus</i> spp.....	84		
Таблица 2.9. Стрептококки групп А, В, С и G.....	90		
Таблица 2.10. <i>Streptococcus pneumoniae</i>	95		
Таблица 2.11. Стрептококки группы Viridans	101		
Таблица 2.12. <i>Haemophilus influenzae</i>	107		
Таблица 2.13. <i>Moraxella catarrhalis</i>	113		
Таблица 2.14. <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	117		
Таблица 2.15. <i>Neisseria meningitidis</i>	120		
Таблица 2.16. Анаэробные бактерии	123		
Таблица 2.17. <i>Helicobacter pylori</i>	127		
Таблица 2.18. <i>Listeria monocytogenes</i>	128		
Таблица 2.19. <i>Pasteurella</i> spp	130		
Таблица 2.20. <i>Campylobacter jejuni</i> и <i>coli</i>	132		
Таблица 2.21. <i>Corynebacterium</i> spp. (кроме			
<i>C. diphtheriae</i> и <i>C. ulcerans</i>).....	133		
Таблица 2.22. <i>Corynebacterium diphtheriae</i>			
и <i>C. ulcerans</i>	135		
Таблица 2.23. <i>Aerococcus sanguinicola</i> и <i>urinae</i>	137		
Таблица 2.24. <i>Kingella kingae</i>	139		
Таблица 2.25. <i>Aeromonas</i> spp	141		
Таблица 2.26. <i>Achromobacter xylosoxidans</i>	143		
Таблица 2.27. <i>Vibrio</i> spp	145		
Таблица 2.28. <i>Bacillus</i> spp. кроме <i>B. anthracis</i>	147		
Таблица 2.29. <i>B. anthracis</i>	148		
Таблица 2.30. <i>Brucella melitensis</i>	150		
Таблица 2.31. <i>Burkholderia pseudomallei</i>	152		
Таблица 2.32. <i>Burkholderia cepacia</i> complex	154		
Таблица 2.33. <i>Legionella pneumophila</i>	156		
Таблица 2.34. <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	156		
Таблица 2.35. Топические антимикробные			
препараты	157		
Таблица 2.36. ФК/ФД (невидоспецифические)			
пограничные значения.....	158		
Раздел 3. Экспертные правила оценки чувствительности			
бактерий к антибиотикам	161		
1. Введение: общие положения	161		
1.1. Ожидаемые фенотипы.....	161		
1.2. Ожидаемые фенотипы резистентности			
(ожидаемая резистентность)	161		
1.3. Ожидаемый фенотип чувствительности			
(ожидаемая чувствительность)	161		
1.4. Экспертные правила	161		
Часть II. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ			
ГРИБОВ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ			
СРЕДСТВАМ.....	184		
Раздел 1. Референтный метод оценки чувствительности			
дрожжей и конидиеобразующих			
мицелиальных грибов к противогрибковым			
лекарственным средствам – количественное			
определение МПК противогрибковых			
средств.....	184		
1.1. Введение	184		
1.2. Область применения	185		
1.3. Термины и определения.....	185		
1.3.5. Пограничные значения	186		
1.3.9. Метод определения			
чувствительности.....	186		
1.4. Процедура исследования	186		
1.4.1. Общие положения.....	186		
1.4.2. Питательная среда	187		
1.4.3. Противогрибковые лекарственные			
средства	188		
1.4.4. Подготовка микроразведений			
в планшетах	190		
1.4.5. Хранение планшетов	190		
1.4.6. Подготовка инокулюма	190		
1.4.7. Инокуляция планшетов			
для микроразведений	191		
1.4.8. Инкубация планшетов			
для микроразведений	192		
1.4.9. Учет результатов	193		
1.4.10. Интерпретация результатов	194		
1.4.11. Контроль качества	195		
Раздел 2. Диско-диффузионный метод			
оценки чувствительности дрожжей			
к противогрибковым лекарственным			
средствам.....	202		
2.1. Введение	202		
2.2. Приготовление и хранение питательных			
сред	202		
2.2.1. Необходимые реагенты	203		
2.2.2. Варианты приготовления агара			
Мюллера-Хинтон (Таблица 2.1)	203		
2.3. Приготовление инокулюма.....	204		
2.4. Инокуляция чашек с МХА.....	204		
2.5. Нанесение дисков с противогрибковыми			
ФС на засеянные чашки с МХА	204		
2.6. Инкубация	204		
2.7. Контроль качества проведения исследования			
после инкубации	205		
2.8. Учет результатов определения			
чувствительности дрожжей			
к противогрибковым ЛС			
диско-диффузионным методом	205		
2.9. Интерпретация результатов	205		
2.10. Контроль качества	205		
Литература	207		

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АМП	Антимикробный препарат
Бета-НАД	Бета-никотинамидадениндинуклеотид
ДДМ	Диско-диффузионный метод
Изотонический раствор	Раствор 0,85% NaCl в воде
КК	Контроль качества
ЛС	Лекарственное средство
МПК	Минимальная подавляющая концентрация
МХ	(агар, бульон) Мюллера-Хинтон
МХ-П	(агар, бульон) Мюллера-Хинтон для микроорганизмов со сложными питательными потребностями (МХА с добавлением 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД)
ПСБ	Пенициллинсвязывающий белок
Р	Резистентный
РКПГ	Российская коллекция патогенных грибов (г. Санкт-Петербург, НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России).
У	Чувствительный при увеличенной экспозиции
ФС	Фармацевтическая субстанция
Ч	Чувствительный
АТСС	American Type Culture Collection http://www.atcc.org (Американская коллекция типовых культур)
BLNAR	β-Lactamase negative, ampicillin resistant (β-лактамазоотрицательный, устойчивый к ампициллину)
CCUG	Culture Collection University of Göteborg http://www.ccug.se (Коллекция культур университета Гетеборга)
СЕСТ	Colección Española de Cultivos Tipo. http://www.cect.org (Испанская коллекция Типовых Культур)
СІР	Collection de Institut Pasteur http://www.cabri.org/CABRI/srs-doc/cip_bact.info.html (Коллекция института Пастера)
СІSI	Clinical and Laboratory Standards Institute (Институт по клиническим и лабораторным стандартам США)
СNM-СM	Spanish National Centre for Microbiology (Испанский национальный центр микробиологии)
DSM	Bacterial cultures from Deutsche Stammsammlung für Mikroorganismen und Zellkulturen (DSMZ) have DSM numbers http://www.dsmz.de/index.htm (Бактериальные культуры из Немецкой коллекции микроорганизмов и клеточных культур (DSMZ) имеют номера DSM)
ЕCOFF	Epidemiological cut-off values (Эпидемиологические точки отсечения)
ЕMA	European Medicines Agency (Европейское медицинское агентство)
ЕSBL	Extended Spectrum β-lactamase (бета-лактамаза расширенного спектра)
ЕUCAST	European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing http://www.eucast.org (Европейский комитет по определению чувствительности к антибиотикам)
HLAR	High-Level Aminoglycoside Resistance (Резистентность к аминогликозидам высокого уровня)
MRSA	Methicillin resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (Метициллиноустойчивый золотистый стафилококк (вследствие наличия генов <i>mecA</i> или <i>mecC</i>))
NCTC	National Collection of Type Cultures http://www.hpacultures.org.uk (Английская национальная коллекция типовых культур)
VRE	Vancomycin-resistant Enterococcus (энтерококк резистентный к ванкомицину/ванкомицинорезистентный энтерококк)

Часть I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАКТЕРИЙ К АНТИБИОТИКАМ

Раздел 1. Методология оценки чувствительности бактерий к антибиотикам

Введение: общие положения

Основной целью определения (оценки) чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам (АМП) является прогнозирование их эффективности при лечении инфекций у конкретных пациентов. Определение чувствительности также проводят с целью эпидемиологического наблюдения за распространением резистентности среди микроорганизмов и в процессе изучения новых препаратов.

Использование унифицированных методов определения чувствительности и подходов к интерпретации результатов является необходимым условием для формирования единой системы обработки, анализа, составления отчетов и обмена данными для повышения эффективности системы эпидемиологического наблюдения за антибиотикорезистентностью.

В настоящее время теоретически наиболее обоснованным является комплекс подходов к оценке чувствительности и интерпретации результатов, предлагаемый Европейским комитетом по определению чувствительности к антибиотикам (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing, EUCAST). Наряду с наиболее корректным термином «антимикробный препарат» EUCAST допускает использование традиционного термина «антибиотик», к которым относят вещества природного, полусинтетического или синтетического происхождения (последние в строгом смысле относятся к химиотерапевтическим препаратам), проявляющие избирательную активность в отношении бактерий, и потенциально применимые для лечения инфекционных болезней. Антисептики, дезинфицирующие средства и консерванты к антибиотикам не относятся. Широко используемый в русскоязычной литературе термин «антибиотикочувствительность» следует рассматривать как аналог используемого в документах EUCAST термина «antimicrobial susceptibility» (чувствительность к антимикробным препаратам), а термин «определение чувствительности к антибиотикам» – как аналог термина «antimicrobial susceptibility testing» (исследование чувствительности к антимикробным препаратам).

Основным параметром, характеризующим взаимоотношения между микроорганизмом и антибиотиком, является величина минимальной подавляющей концентрации (МПК) препарата.

МПК – это минимальная концентрация антибиотика, подавляющая видимый рост микроорганизма.

Относительно значений МПК, установленных референтным методом микроразведений в бульоне, «калибруются» как наиболее распространенный в рутинной практике диско-диффузионный метод (ДДМ), так и различные коммерческие методы определения чувствительности.

Результаты оценки антибиотикочувствительности бактерий, полученные с помощью референтного метода, используют для обоснования микробиологических и клинических критериев оценки чувствительности.

Идеология системы оценки чувствительности к антибиотикам основана на признании факта существования различий между микробиологической и клинической чувствительностью/устойчивостью микроорганизмов. С микробиологической точки зрения в пределах популяций отдельных видов бактерий выделяют следующие типы:

- Дикий тип (wild type – WT), к которому относятся микроорганизмы, не имеющие мутационных или других приобретенных механизмов устойчивости к конкретному антибиотику.
- Недикакий тип (non-wild type – NWT), к которому относятся микроорганизмы, обладающие мутационными или другими приобретенными механизмами устойчивости к конкретному антибиотику.

Принадлежность микроорганизма к одному из данных типов определяется на основании значений МПК антибиотиков, получивших название «эпидемиологические точки отсечения» (epidemiological cut-off values, ECOFF).

ECOFF это наибольшее значение МПК (или наименьшее значение диаметра зоны подавления роста) микроорганизма, не имеющего фенотипически выявляемых приобретенных механизмов резистентности к препарату.

Значения ECOFF для конкретных комбинаций микроорганизм-антибиотик определяют статистическими методами на основании анализа характера распределения МПК антибиотика в отношении репрезентативной выборки изолятов соответствующего микроорганизма. Эти значения являются постоянными видовыми признаками микроорганизмов и не зависят от изменяющихся обстоятельств.

Значения ECOFF используются для дифференциации микроорганизмов, обладающих и не обладающих приобретенными механизмами резистентности, и сами по

себе не позволяют прогнозировать их чувствительность к антибиотику.

С практической точки зрения более важным является классификация возбудителей инфекции по клиническим категориям чувствительности на основании вероятности клинической эффективности препарата. Для этой цели устанавливаются клинические пограничные значения МПК и соответствующие диаметры зон подавления роста, для обоснования которых изучаются закономерности зависимости между величиной МПК антибиотика в отношении возбудителя, фармакологическими (фармакокинетическими/фармакодинамическими) характеристиками препарата и эффективностью лечения.

В настоящее время выделяют следующие клинические категории чувствительности микроорганизма к антибиотику:

Чувствительный при стандартном режиме дозирования (Ч)/Susceptible, standard dosing regimen (S) – микроорганизм оценивается как «Чувствительный при стандартном режиме дозирования» при высокой вероятности эффективности терапии при стандартном режиме дозирования.

Чувствительный при увеличенной экспозиции антимикробного препарата (У)/Susceptible, Increased exposure (U) – микроорганизм оценивается как «Чувствительный при увеличенной экспозиции», при высокой вероятности эффективности терапии при увеличении экспозиции препарата путем коррекции режима дозирования или благодаря его концентрации в очаге инфекции.

Резистентный (Р)/Resistant (R) – микроорганизм оценивается как «Резистентный» при высокой вероятности терапевтической неудачи даже при увеличенной экспозиции препарата.

Экспозиция отражает зависимость влияния антимикробного препарата на возбудителя в очаге инфекции от пути введения, дозы, интервала дозирования, продолжительности инфузии препарата, а также его расщепления и пути выведения.

Пограничные значения для оценки клинических категорий чувствительности/устойчивости (МПК и ДДМ) могут изменяться при появлении новых данных о фармакокинетике и фармакодинамике антибиотиков и рекомендаций по режиму их применения.

Информация о режимах дозирования и путях введения антибиотиков, связанных с установленными пограничными значениями, представлена в таблице «Режимы дозирования» (см. раздел 2).

Эти определения категорий чувствительности должны использоваться только при условии соблюдения методологии исследования и оценки результатов в соответствии с данными методическими рекомендациями.

При использовании данных определений и соответствующих пограничных значений для терапии могут использоваться антибиотики, чувствительность возбудителя к которым оценена как «Ч» («S»), так и «У» («U»). Категория «У» («U») означает, что экспозиция препарата должна быть увеличена (Раздел 2, табл. «Режимы до-

зирования», инструкции по применению лекарственных препаратов). В большинстве случаев (за исключением инфекций мочевых путей) это требует увеличения дозы, уменьшения интервала дозирования или изменения пути введения, например, с перорального на в/в или с короткой в/в инфузии на продленную инфузию.

Для препаратов, экспозиция которых не может быть значимо увеличена, категория «У» («U») не существует.

Данные, обосновывающие выбор клинических пограничных значений для ряда антибиотиков, приведены на веб-сайте EUCAST в разделе «Documents» – «Rationale Documents» (<https://www.eucast.org/documents/rd/>).

1. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МПК

МПК – минимальная концентрация антибиотика, подавляющая видимый рост микроорганизма, – основной параметр, характеризующий взаимоотношения между микроорганизмом и антибиотиком.

Основным методом определения МПК является метод последовательных разведений. Для определения МПК заданные концентрации антибиотика (чаще всего с 2-кратным шагом) вносят в питательную среду, которую затем засевают культурой исследуемого микроорганизма и после инкубации оценивают наличие или отсутствие видимого роста в присутствии различных концентраций антибиотика. Известны два основных варианта постановки метода последовательных разведений: в агаре и в бульоне. Метод последовательных разведений в бульоне, в свою очередь, может выполняться в макро- и микро-варианте (в объеме ≤ 0,2 мл).

Метод последовательных микроразведений в бульоне является референтным методом определения МПК и регламентируется международным стандартом ISO 20776-1:2019 («Susceptibility testing of infectious agents and evaluation of performance of antimicrobial susceptibility test devices – Part 1: Broth micro-dilution reference method for testing the *in vitro* activity of antimicrobial agents against rapidly growing aerobic bacteria involved in infectious diseases»). В Российской Федерации Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 10 ноября 2022 г. N 1266-ст утверждён и введён в действие Национальный Стандарт ГОСТ Р ИСО 20776-1-2022, идентичный международному стандарту.

Для определения МПК неприхотливых бактерий следует использовать метод микроразведений в бульоне в точном соответствии с ГОСТ Р ИСО 20776-1-2022; для определения МПК прихотливых бактерий (*Streptococcus* spp., включая *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Listeria monocytogenes*, *Pasteurella* spp., *Kingella kingae*, *Aerococcus* spp., *Campylobacter* spp. и др.) – эту же методологию с использованием бульона Мюллера-Хинтона с добавлением лизиро-

ванной лошадиной крови и бета-НАД (бульон МХ для прихотливых бактерий, МХ-П), см. раздел 2.2.

В настоящее время для практических лабораторий доступен целый ряд суррогатных методов определения МПК с использованием коммерческих расходных материалов, например, коммерческие варианты метода микроразведений в бульоне, градиентный метод, полуавтоматические устройства и т.д.

Качество коммерческих продуктов должно быть гарантировано производителем и соответствовать требованиям международного стандарта ISO 20776–2 (2021), а контроль качества результатов, получаемых при их использовании в лаборатории, является ответственностью пользователей.

2. ДИСКО-ДИФфуЗИОННЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАКТЕРИЙ К АМП

2.1. Введение

ДДМ является одним из первых методов определения чувствительности к антибиотикам и до настоящего времени остается наиболее распространенным в практических бактериологических лабораториях. Метод может применяться для исследования большинства бактериальных возбудителей, в том числе и наиболее распространенных бактерий со сложными питательными потребностями. Метод является универсальным для широкого круга антибиотиков и не требует использования специального оборудования.

ДДМ является стандартизированным методом, в основе которого лежат принципы, изложенные в отчете о Международном совместном исследовании по определению чувствительности к антибиотикам 1972 г. (International Collaborative Study of Antimicrobial Susceptibility Testing, 1972) и опыт работы экспертных лабораторий во всем мире.

Для получения достоверных результатов необходимо четко следовать описанной методике без каких-либо отступлений.

2.2. Приготовление и хранение питательной среды

Для оценки чувствительности бактерий к антибиотикам следует использовать агар Мюллера-Хинтон (МХА): без дополнительных ингредиентов (добавок) – для бактерий с обычными питательными потребностями и с добавлением 5% механически дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД для бактерий со сложными питательными потребностями (агар Мюллера-Хинтон для прихотливых бактерий, МХА-П):

Streptococcus spp. (включая *S. pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Listeria monocytogenes*, *Campylobacter jejuni* и *coli*, *Pasteurella multocida*, *Corynebacterium* spp., *Aerococcus sanguinicola* и *urinae* и *Kingella kingae* (Таблица 1.1).

Возможно использование коммерческих готовых питательных сред в чашках Петри, а также приготовление чашек Петри с питательной средой непосредственно в лаборатории из дегидратированной среды в соответствии с инструкцией производителя, для прихотливых бактерий – с добавлением ингредиентов, перечисленных ниже (3.2.1.1).

Дегидратированная среда Мюллера-Хинтон должна соответствовать требованиям Технического стандарта ИСО, ИСО/ТС 16782 2016 и критериям контроля качества (см. п. 2.9).

Для определения чувствительности анаэробных бактерий диско-диффузионным методом рекомендует использовать агар для прихотливых анаэробных бактерий (Fastidious Anaerobe Agar, FAA). Методика приготовления FAA – см. п. 2.12.1.

Таблица 1.1. Питательные среды для определения чувствительности к антибиотикам

Микроорганизм	Питательная среда
<i>Enterobacterales</i>	Агар МХ
<i>Pseudomonas</i> spp.	Агар МХ
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	Агар МХ
<i>Acinetobacter</i> spp.	Агар МХ
<i>Staphylococcus</i> spp.	Агар МХ
<i>Enterococcus</i> spp.	Агар МХ
Стрептококки групп А, В, С и G	Агар МХ-П ¹
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Агар МХ-П ¹
Стрептококки группы Viridans	Агар МХ-П ¹
<i>Haemophilus influenzae</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Listeria monocytogenes</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Pasteurella multocida</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Campylobacter jejuni</i> и <i>coli</i>	Агар МХ-П ¹ (п. 2.8)
<i>Corynebacterium</i> spp.	Агар МХ-П ¹
<i>Aerococcus sanguinicola</i> и <i>urinae</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Kingella kingae</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Aeromonas</i> spp.	Агар МХ
<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	Агар МХ
<i>Vibrio</i> spp.	Агар МХ
<i>Bacillus</i> spp.	Агар МХ
<i>Brucella melitensis</i>	Агар МХ-П ¹
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	Агар МХ

¹ Агар МХ-П – агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови + 20 мг/л β-НАД.

2.2.1. Процедура приготовления агара МХ и МХ-П

Материалы

- Агар МХ сухой, полученный из коммерческих источников.
- Механически дефибрированная лошадиная кровь.
- Бета-никотинамидадениндинуклеотид (β -НАД), чистота $\geq 98\%$.

Приготовление основного раствора бета-НАД

- Растворить необходимое количество β -НАД в стерильной деионизированной воде для получения раствора с концентрацией 20 мг/мл (основной раствор).
- Простерилизовать раствор через мембранный фильтр с диаметром пор 0,2 мкм.
- Основной раствор можно хранить в аликвотах при температуре -20°C и размораживать по мере необходимости. Нельзя повторно замораживать неиспользованный раствор.

2.2.2. Приготовление чашек с агаром

- Приготовить и автоклавировать агар МХ согласно инструкции производителя.
- Охладить до $42\text{--}45^{\circ}\text{C}$.
- Для приготовления агара МХ-П к 1 л среды асептически добавить 50 мл механически дефибрированной лошадиной крови и 1 мл основного раствора β -НАД. Тщательно перемешать и сразу разлить по чашкам.
- Разлить среду в стерильные чашки Петри, таким образом, чтобы толщина слоя агара составляла $4 \pm 0,5$ мм (приблизительно 25 мл в круглую чашку диаметром 90 мм, 31 мл – в круглую чашку диаметром 100 мм, 71 мл – в круглую чашку диаметром 150 мм, 40 мл – в квадратную чашку размером 100×100 мм). Точный объем среды для каждого типа чашек рассчитывается на основании измерения истинной глубины слоя агара, получающейся в используемых в лаборатории чашках Петри. Размеры чашек могут отличаться у разных производителей.
- Не следует перемещать чашки до полного застывания агара.
- Перед использованием необходимо убедиться, что поверхность агара сухая. На поверхности агара или на внутренней стороне крышки не должно быть видимых капель влаги. При необходимости чашки следует подсушить при $20\text{--}25^{\circ}\text{C}$ в течение 16–20 ч или при 35°C с открытыми крышками в течение 15 мин. Чашки нельзя пересушивать.

2.2.3. Хранение чашек с агаром

- Чашки с агаром, приготовленные в лаборатории, должны храниться при $4\text{--}8^{\circ}\text{C}$.

- Процедура подсушивания, условия и длительность хранения чашек с агаром, приготовленных в лаборатории, должны быть определены программой внутрилабораторного контроля качества.
- Готовые чашки с агаром коммерческого производства должны храниться в соответствии с инструкциями производителя и использоваться до истечения срока годности, указанного на упаковке.
- Для чашек с агаром (коммерческого производства или приготовленные в лаборатории), хранящихся в плотно закрытых контейнерах или пластиковых пакетах, может потребоваться подсушивание перед использованием, так как при высокой влажности поверхности среды возможно формирование нечеткого края зоны подавления роста и вуалеобразного роста внутри зоны подавления.

2.2.4. Контроль качества

- С помощью поверхностно-активного электрода следует убедиться в том, что pH среды находится в пределах 7,2–7,4.
- Необходимо проверить глубину агара. Требуемая толщина слоя агара $4 \pm 0,5$ мм.
- Необходимо проверить, что среда обеспечивает надлежащий рост контрольного(ых) микроорганизма(ов) тех видов, для определения чувствительности которых она предназначена.

Контроль качества с использованием рекомендованных контрольных штаммов в соответствии и оценкой соответствия диаметров зон подавления роста допустимым диапазонам необходимо выполнять для всех исследуемых комбинаций микроорганизм-антибиотик (см. п. 2.9).

2.3. Приготовление бактериальной суспензии (инокулюма)

- Для приготовления инокулюма используется метод прямого суспендирования колоний в стерильном изотоническом растворе до плотности 0,5 по стандарту мутности МакФарланда (приготовление стандарта мутности в лаборатории – см. Таблица 1.2), что приблизительно соответствует нагрузке $1\text{--}2 \times 10^8$ КОЕ/мл (для *Escherichia coli*). Данный метод может быть использован для приготовления суспензий всех бактерий, включая прихотливые, перечисленные в таблице 1.1.
- Стерильной бактериологической петлей или хлопковым тампоном необходимо собрать колонии, выросшие на неселективном агаре в течение 16–20 ч. По возможности следует собирать несколько морфологически идентичных колоний, чтобы избежать отбора атипичных вариантов. Суспендировать полученный материал в стерильном изотоническом

Таблица 1.2. Приготовление стандарта мутности 0,5 по МакФарланду

Шаг	Действие
1	Добавить 0,5 мл раствора BaCl ₂ с концентрацией 0,048 моль/л (1,175% раствор BaCl ₂ × 2H ₂ O) к 99,5 мл раствора H ₂ SO ₄ с концентрацией 0,18 моль/л (0,36 N) (1% по объему) и тщательно перемешать до получения однородной суспензии.
2	Правильность приготовления суспензии необходимо проверить на спектрофотометре. Поглощение при использовании кюветы 1 см должно составить 0,08–0,13 при длине волны 625 нм.
3	Приготовленную суспензию необходимо разлить в герметично закрывающиеся пробирки такого же диаметра, как и используемые для приготовления бактериальной суспензии.
4	Хранить приготовленный стандарт необходимо в темноте при комнатной температуре.
5	Непосредственно перед использованием приготовленный стандарт необходимо тщательно встряхивать на вортексе.
6	Стандарт мутности необходимо обновлять или проверять его оптическую плотность после 6 месяцев хранения.

растворе и тщательно перемешать до получения однородной мутности.

- Довести плотность бактериальной суспензии до 0,5 (допустимые вариации – 0,4–0,6) по стандарту мутности МакФарланда путем добавления в суспензию микробной массы или разбавления ее стерильным изотоническим раствором. Использование суспензии более высокой или низкой плотности может приводить к формированию зоны подавления роста меньшего или большего диаметра, соответственно.
- Для измерения концентрации суспензии рекомендуется использовать фотометрические устройства, которые должны быть калиброваны по стандарту мутности 0,5 по МакФарланду в соответствии с инструкцией производителя.
- Плотность суспензии также может быть определена путем визуального сравнения со стандартом мутности 0,5 по МакФарланду. Сравнение приготовленной суспензии со стандартом следует проводить на белом фоне с черными линиями.
- Для приготовления суспензии *Streptococcus pneumoniae* предпочтительно использовать колонии, выросшие на кровяном агаре. В этом случае плотность суспензии должна соответствовать 0,5 по стандарту мутности МакФарланда. При использовании культуры, выросшей на шоколадном агаре, плотность суспензии должна быть доведена до 1,0 (допустимые вариации – 0,9–1,1) по стандарту мутности МакФарланда.

* Часть правила 15–15-15 минут: инокулировать суспензию на агар в течение 15 минут после приготовления, нанести диски в течение 15 минут после инокуляции чашек с агаром, начать инкубацию в течение 15 минут после нанесения дисков.

- Оптимально бактериальную суспензию следует нанести на агар в течение 15 минут, но не позже, чем через 60 минут после ее приготовления.*

2.4. Инокуляция чашек с агаром МХ и МХ-П

- Перед инокуляцией необходимо убедиться, что чашки с агаром достигли комнатной температуры.
- Оптимально бактериальную суспензию следует нанести на агар не позже, чем через 15 минут после приготовления.¹
 - Бактериальная суспензия должна быть всегда нанесена на агар не позже, чем через 60 минут после ее приготовления.
- Погрузить стерильный хлопковый тампон в суспензию.
 - При работе с грамотрицательными бактериями, чтобы избежать нанесения избыточного количества суспензии, следует тщательно отжать тампон о внутренние стенки пробирки.
 - При работе с грамположительными бактериями не следует отжимать тампон о внутренние стенки пробирки.
- При нанесении одной и той же суспензии на несколько чашек с агаром, следует повторить процедуру, описанную в предыдущем пункте для каждой чашки.
- Инокуляция чашек может производиться вручную путем равномерного нанесения суспензии штриховыми движениями на всю поверхность агара в трех направлениях или с использованием автоматического вращающего устройства. Важно следить за тем, чтобы суспензия была равномерно распределена по всей поверхности агара и между штрихами не оставалось промежутков.
 - Особенно важно следить за плотностью нанесения штрихов при работе с грамположительными бактериями.
- Диски на поверхность агара необходимо нанести не позже, чем через 15 минут после инокуляции агара¹. Длительное нахождение инокулированных чашек при комнатной температуре может привести к началу роста бактериальной культуры и ложному уменьшению зоны подавления роста.

2.5. Нанесение дисков с антибиотиками

- Требуемые концентрации антибиотиков в дисках представлены в таблицах контроля качества и граничных значений и (раздел 1, п. 2.9; раздел 2).
- Чтобы избежать быстрого снижения качества дисков из-за образования конденсата на них, не следует открывать картриджи или контейнеры для

хранения дисков до достижения ими комнатной температуры.

- Диски с антибиотиками должны быть нанесены на поверхность агара не позже, чем через 15 минут* после инокуляции бактериальной суспензии. Контакт диска с агаром должен быть полным и плотным. После нанесения на поверхность агара диски нельзя передвигать, так как диффузия антибиотика в среду начинается очень быстро.
- Количество дисков на одной чашке Петри должно быть ограниченным для предотвращения перекрывания зон подавления роста и взаимодействия между антибиотиками. Очень важно обеспечить возможность точного измерения диаметров зон подавления роста. Максимальное количество дисков на одной чашке Петри зависит от вида микроорганизма и исследуемых антибиотиков. На одну чашку диаметром 90 мм следует помещать не более 6 дисков, а на чашку диаметром 150 мм – не более 12 дисков.
 - Для выявления индуцибельной устойчивости к клиндамицину у стафилококков и стрептококков, диски с эритромицином и клиндамицином следует расположить на расстоянии 12–20 мм между краями дисков для стафилококков, и 12–16 мм – для стрептококков.
- Снижение активности АМП в дисках приводит к уменьшению диаметра зон подавления роста, что является одной из самых распространенных ошибок. При хранении дисков необходимо соблюдать следующие правила:
 - Хранить диски (включая диспенсеры с дисками) в закрытых сухих контейнерах с индикаторным влагопоглотителем, защищенных от действия света (некоторые препараты, включая метронидазол, хлорамфеникол и фторхинолоны, инактивируются при длительном воздействии света).
 - Основное количество дисков с антибиотиками должно храниться в соответствии с рекомендациями производителя. Некоторые препараты являются менее стабильными (например, амоксициллин-клавулановая кислота, цефаклор и карбапенемы) и могут требовать специальных условий хранения.
 - Рабочие наборы дисков следует хранить в соответствии с инструкцией производителя. После открытия упаковки диски должны быть использованы в течение времени, указанного производителем.
 - По истечении срока годности, указанного на упаковке, диски должны быть уничтожены.
 - Для контроля надлежащей сохранности активности дисков с антибиотиками во время хранения необходимо проводить регулярный контроль качества рабочих материалов (п. 2.9).

* Часть правила 15–15-15 минут: инокулировать суспензию на агар в течение 15 минут после приготовления, нанести диски в течение 15 минут после инокуляции чашек с агаром, начать инкубацию в течение 15 минут после нанесения дисков.

2.6. Инкубация

- Перед инкубацией следует перевернуть чашки дном кверху и убедиться, что диски не падают с поверхности агара. Начать инкубацию следует не позже, чем через 15 минут* после нанесения дисков с антибиотиками. Пре-диффузия АМП в агар в случае нахождения чашек при комнатной температуре после нанесения дисков может быть причиной ошибки определения чувствительности – получения зон подавления роста большего диаметра.
- Расположение чашек Петри в термостате (в частности, количество чашек в одной стопке) может привести к их неравномерному нагреву. Учитывая разную степень точности работы термостатов, контроль этого этапа исследования, включая количество чашек в каждой стопке, должен быть частью программы внутрилабораторного контроля качества. Для большинства термостатов пять чашек в стопке является оптимальным количеством.
- Условия инкубации для разных групп бактерий представлены в табл. 1.3.

Таблица 1.3. Условия инкубации при определении чувствительности диско-диффузионным методом

Микроорганизм	Условия инкубации
<i>Enterobacterales</i>	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Pseudomonas</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Acinetobacter</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Staphylococcus</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Enterococcus</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч (24 ч – для гликопептидов)
<i>Aeromonas</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Vibrio</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Bacillus</i> spp.	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 18 ± 2 ч
<i>Bacillus anthracis</i>	35 ± 1°C, обычная атмосфера, 17 ± 1 ч
Стрептококки групп А, В, С и G	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч
Стрептококки группы Viridans	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч
<i>Haemophilus influenzae</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч
<i>Moraxella catarrhalis</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч
<i>Listeria monocytogenes</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч

Микроорганизм	Условия инкубации
<i>Pasteurella multocida</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч
<i>Brucella melitensis</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 48 ± 2 ч
<i>Campylobacter jejuni</i> и <i>coli</i>	См. п. 2.8 – Табл.
<i>Corynebacterium</i> spp.	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч. При слабом росте изолята после 16–20 ч инкубации следует немедленно продлить инкубацию до 40–44 ч, после чего провести учет результатов.
<i>Aeromonas sanguincola</i> и <i>urinae</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч. При слабом росте изолята после 16–20 ч инкубации следует немедленно продлить инкубацию до 40–44 ч, после чего провести учет результатов.
<i>Kingella kingae</i>	35 ± 1°C, атмосфера с 4–6% CO ₂ , 18 ± 2 ч. При слабом росте изолята после 16–20 ч инкубации следует немедленно продлить инкубацию до 40–44 ч, после чего провести учет результатов.

- Не следует продлевать инкубацию более длительно, чем это рекомендовано. Более длительная инкубация может привести к появлению бактериального роста внутри зоны подавления и ошибочной оценки изолята как резистентного.
- При определении чувствительности *Enterococcus* spp. к гликопептидам резистентные колонии могут быть выявлены только после 24 ч инкубации. Однако учет результатов определения чувствительности можно проводить через 16–20 ч. При обнаружении резистентности инкубацию можно не продолжать. В остальных случаях следует продолжить инкубацию и повторить учет результатов после истечения 24 ч от момента начала инкубации.

2.6.1. Контроль качества проведения исследования после инкубации

При соблюдении правил подготовки бактериальной суспензии и инокуляции чашек с агаром должен сформироваться равномерный сплошной слой бактериального роста (газон).

Формирование отдельных колоний вместо сплошного роста свидетельствует о недостаточной плотности суспензии. В этом случае исследование необходимо повторить.

Газон должен быть равномерным на всей поверхности агара. Край зоны подавления роста вокруг дисков с антибиотиками должны иметь форму окружности. Крайя зон подавления роста должны быть ровными (не зубчатыми).

Необходимо оценить соответствие диаметров зон подавления роста контрольных штаммов допустимым диапазонам. (п. 2.9).

2.7. Измерение зон подавления роста и интерпретация результатов определения чувствительности

2.7.1. Общие требования

- При измерении зон подавления роста вокруг дисков с любыми АМП следует ориентироваться на зону полного подавления роста микроорганизмов (если другое не указано в п. 2.7.2 «Измерение диаметров зон подавления роста: особые ситуации»), определяемую невооруженным глазом, при расположении чашки на расстоянии примерно 30 см от глаз. Учет результатов можно облегчить, наклонив чашку под углом 45° к рабочей поверхности.
- Измерение зон подавления роста на агаре МХ без добавок проводят в отраженном свете. Чашку Петри с закрытой крышкой располагают дном кверху над темной матовой поверхностью (рисунок 1.1-А).
- Измерение зон подавления роста на агаре МХ-П с добавками проводят в отраженном свете. Чашку Петри помещают дном книзу, крышку снимают (рисунок 1.1-Б).
- Не следует учитывать результаты в проходящем свете или использовать увеличительное стекло, если это не предусмотрено методикой (см. п. 2.7.2 «Измерение диаметров зон подавления роста: особые ситуации»).
- Измерение зон подавления роста необходимо проводить с точностью до миллиметра при помощи линейки или штангенциркуля.
- Используемые автоматические устройства для учета результатов должны быть калиброваны по отношению к визуальному учету.
- Пограничные значения диаметров зон подавления роста для интерпретации результатов и определения клинических категорий чувствительности представлены в разделе 2.

2.7.2. Измерение диаметров зон подавления роста: особые ситуации

- При формировании изолированных колоний внутри зоны подавления роста следует убедиться в чистоте культуры и при необходимости повторить исследование. Если культура чистая, колонии внутри зоны следует учитывать при измерении диаметра зоны подавления роста (Рис. 1.2–1.6).
- При формировании двойной зоны подавления роста следует убедиться в чистоте культуры и при необходимости повторить исследование. Если культура чистая, измерение диаметра следует проводить по внутреннему краю зоны подавления роста (Рис. 1.7).
- При определении чувствительности *Proteus* spp. роение внутри зоны не принимается во внимание.

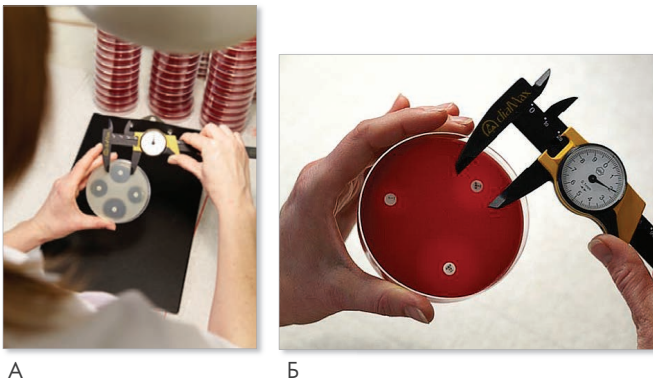


Рис. 1.1. Измерение диаметров зон подавления роста:
а) на чашках с агаром МХ; б) на чашках с агаром МХ-П



Рис. 1.2. Зона подавления роста учитывается по внутреннему диаметру роста единичных колоний

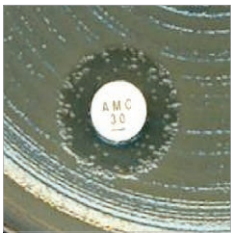


Рис. 1.3. Зона подавления роста отсутствует



Рис. 1.4. Зона подавления роста учитывается по внутреннему диаметру роста единичных колоний



Рис. 1.5. *E. coli*, продуцент ESBL. Зона подавления роста отсутствует

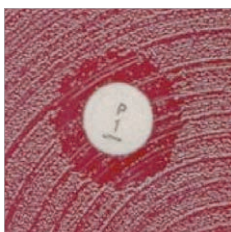


Рис. 1.6. *H. influenzae* с мутацией ПСБ. Зона подавления роста отсутствует

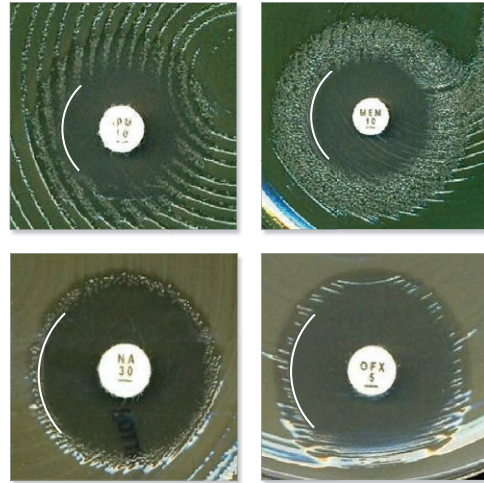


Рис. 1.7. Измерение диаметра при формировании двойной зоны подавления роста



Рис. 1.8. Измерение зон подавления роста *Proteus* spp.

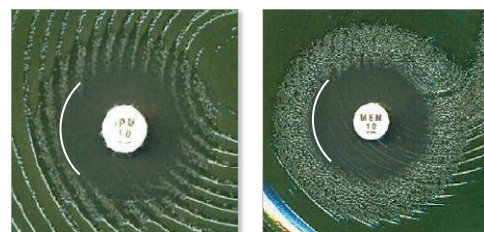


Рис. 1.9. *Enterobacteriales*: измерение зоны с нечеткой границей

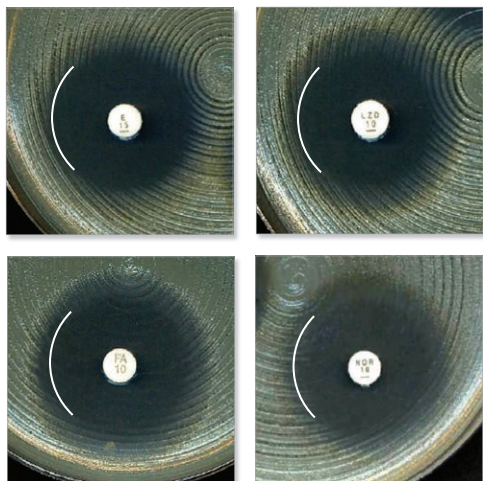


Рис. 1.10. *Staphylococcus* spp.: измерение зоны с нечеткой границей

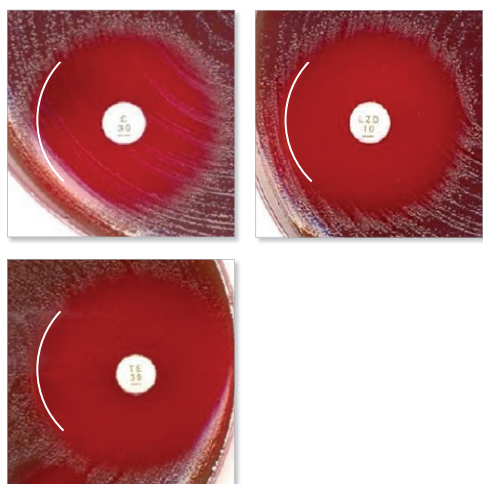


Рис. 1.11. *S. pneumoniae*: измерение зоны с нечеткой границей

Учет результатов проводится по краю зоны подавления роста (Рис. 1.8).

- При формировании нечеткого края зоны подавления роста чашку располагают над темной поверхностью на расстоянии около 30 см от глаз, границу зоны определяют невооруженным глазом. Не следует подносить чашку к источнику света (учитывать в проходящем свете) или использовать увеличительное стекло. Учет нечетких зон подавления роста для *Enterobacteriales* и *Staphylococcus* spp. проводится по внутреннему краю наименее заметного роста бактерий (Рис. 1.9, 1.10).
- При определении чувствительности *S. pneumoniae* мелкие колонии, видимые невооруженным глазом с расстояния 30 см при повороте чашки под углом 45° по отношению к рабочей поверхности, должны учитываться при измерении зоны подавления роста. Их присутствие вблизи края зоны может быть связано с чрезмерной влажностью агара МХ-П.

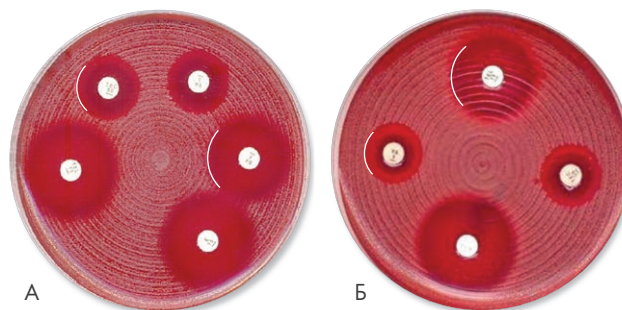


Рис. 1.12. Измерение диаметров зоны подавления роста при определении чувствительности бета-гемолитических стрептококков на агаре МХ-П: *S. pyogenes* (А) и *Streptococcus* гр.С (Б)

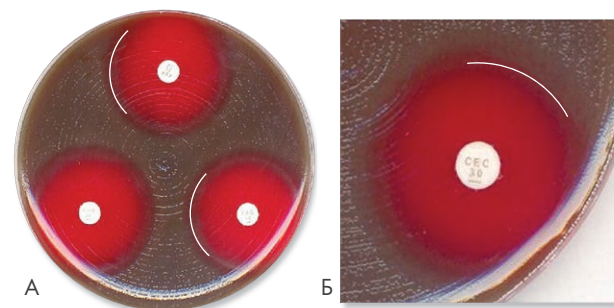


Рис. 1.13. Измерение диаметров зоны подавления роста при определении чувствительности альфа-гемолитических стрептококков на агаре МХ-П

Для уменьшения этого эффекта чашки следует подсушивать перед использованием (Рис. 1.11).

- При определении чувствительности гемолитических стрептококков на агаре МХ-П необходимо дифференцировать зону подавления роста (учитывается) и зону гемолиза (не учитывается). Это может вызвать определенные трудности:
 - бета-гемолизины диффундируют в агар, поэтому обычно над зоной гемолиза нет роста микроорганизмов;
 - альфа-гемолизины не диффундируют в агар, поэтому гемолиз часто является маркером роста микроорганизмов.

Край зоны подавления роста и дополнительный край α-гемолиза наиболее характерны при определении чувствительности *S. pneumoniae* к бета-лактамам.

- Для облегчения дифференциации зоны подавления роста и зоны гемолиза, чашку следует рассмотреть, поворачивая под разными углами.
 - Над зоной бета-гемолиза рост как правило отсутствует (Рис. 1.12).
 - Обычно рост микроорганизмов наблюдается над всей зоной α-гемолиза (Рис. 1.13 А)
 - В некоторых случаях зона α-гемолиза выходит за пределы границы роста (Рис. 1.13 Б). Для облегчения учета результатов чашку следует рассматривать под разными углами.

2.7.3. Измерение диаметров зон подавления роста: частные случаи

- *Enterobacterales* и ампициллин, ампициллин-сульбактам и амоксициллин-клавулановая кислота

При использовании некоторых серий агара МХ внутри основной зоны подавления роста может появляться нежный рост, образующий вторую зону. Этот рост следует игнорировать (Рис. 1.14). При учете результатов только по внешней зоне различия в размерах зон между различными сериями не выявляются.

- *Enterobacterales* и мециллинам

При учете результатов определения чувствительности *Enterobacterales* к мециллину изолированные колонии внутри зоны подавления роста не учитываются (Рис. 1.15).

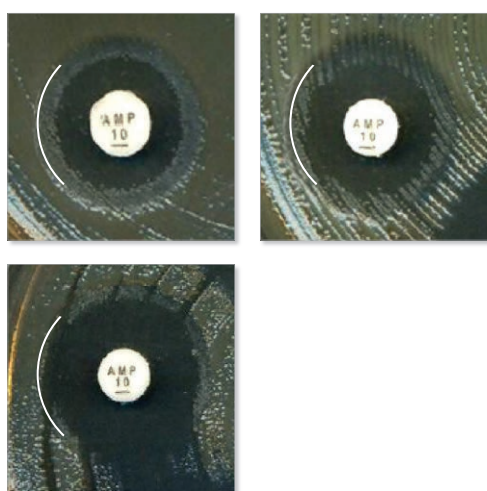


Рис. 1.14. Учет зон подавления роста при оценке чувствительности *Enterobacterales* к ампициллину, ампициллину-сульбактаму и амоксициллину-клавулановой кислоте

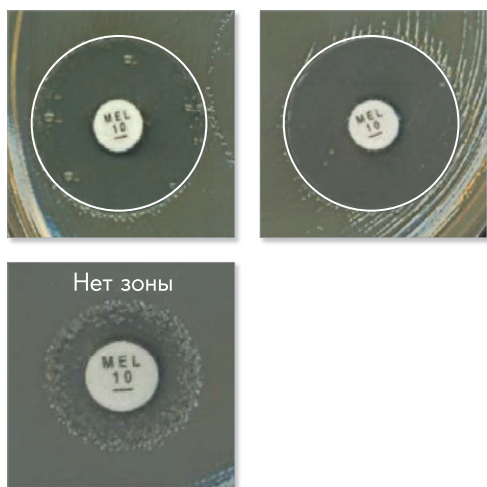


Рис. 1.15. Учет зон подавления роста при оценке чувствительности *Enterobacterales* к мециллину



Рис. 1.16. Учет зон подавления роста при оценке чувствительности *Enterobacterales* к темоциллину

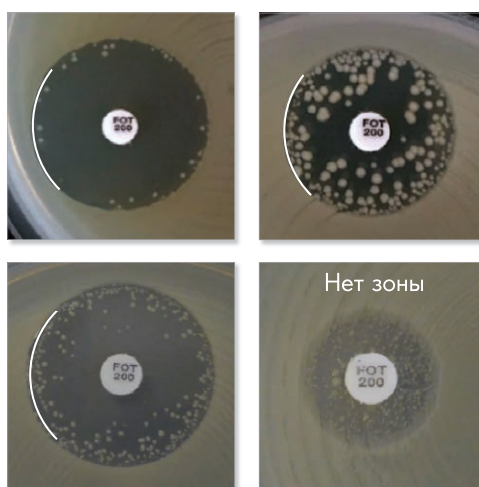


Рис. 1.17. Учет зон подавления роста при оценке чувствительности *E. coli* к фосфомицину



Рис. 1.18. Учет зон подавления роста при определении чувствительности к триметоприму и триметоприму-сульфаметоксазолу

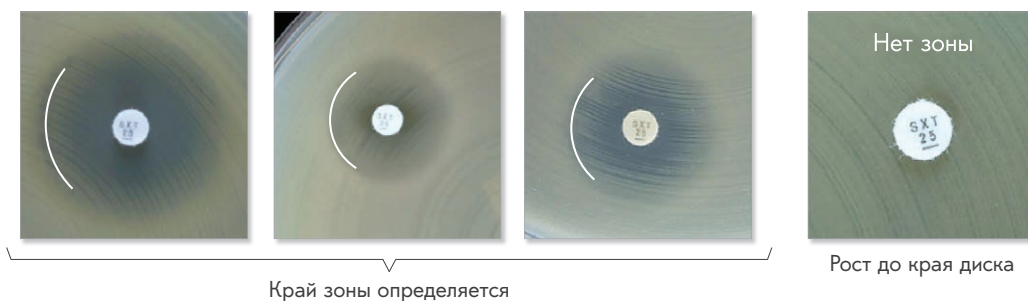


Рис. 1.19. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *S. maltophilia* к триметоприму-сульфаметоксазолу

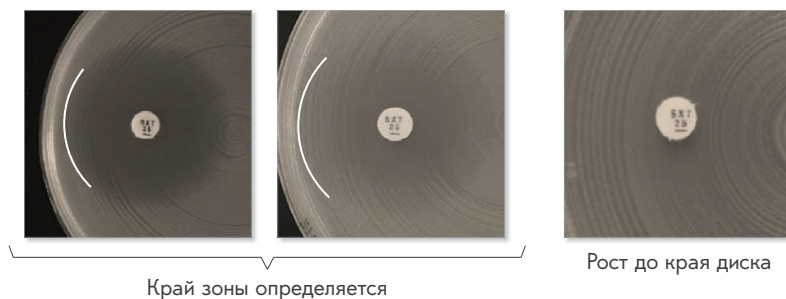


Рис. 1.20. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *A. xylosoxidans* к триметоприму-сульфаметоксазолу

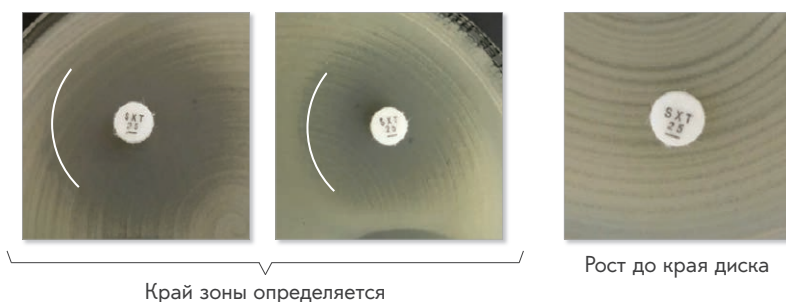


Рис. 1.21. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *B. pseudomallei* к триметоприму-сульфаметоксазолу

- *Enterobacteriales* и темоциллин

При учете результатов определения чувствительности *Enterobacteriales* к темоциллину изолированные колонии внутри зоны подавления роста не учитываются (Рис. 1.16).

- *Escherichia coli* и фосфомицин

При определении чувствительности *E. coli* к фосфомицину изолированные колонии внутри зоны подавления роста не учитываются. Измерение диаметра проводится по внешнему краю (Рис. 1.17).

- Триметоприм и триметоприм-сульфаметоксазол: общие рекомендации

При определении чувствительности к триметоприму-сульфаметоксазолу внутри зоны подавления может наблюдаться слабый рост, распространяющийся до края диска в результате наличия антагонистов в среде. Такой рост не учитывается, а диаметр измеряется по

наиболее четкому краю (Рис. 1.18). При обнаружении двойных зон подавления роста следуйте инструкциям по учету результатов, приведенным выше.

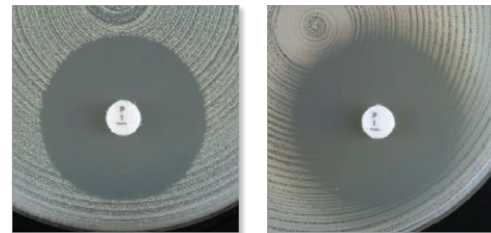
- При определении чувствительности *S. maltophilia*, *A. xylosoxidans* и *B. pseudomallei* к триметоприму-сульфаметоксазолу изоляты, имеющие любые признаки наличия зоны подавления роста, диаметр которой \geq пограничного значения для чувствительных изолятов, оцениваются как чувствительные. Внутри зоны подавления может наблюдаться достаточно выраженный рост. Только в тех случаях, если рост распространяется до края диска и не имеется никаких признаков наличия зоны подавления, результат учитывается как отсутствие зоны подавления роста (Рис. 1.19–1.21).
- При определении чувствительности *Aeromonas* spp. и *Brucella melitensis* к триметоприму-сульфа-



Рис. 1.23. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *E. faecalis* и *E. faecium* к ванкомицину

метоксазолу результат учитывается по четкому краю зоны, тонкий или вуалеобразный рост внутри зоны подавления роста не учитывается. Если четкий край зоны не определяется, диаметр зоны подавления следует измерять по внутреннему краю зоны (Рис. 1.22).

- *E. faecalis* и *E. faecium* и ванкомицин. **Если диаметр зоны подавления роста ≥ 12 мм:** следует тщательно оценить край зоны подавления роста, расположив чашку дном книзу в проходящем свете (поднести чашку к источнику света).
 - Если край зоны подавления роста четкий, изолят оценивается как чувствительный.
 - При нечетком крае зоны подавления роста, наличии изолированных колоний внутри зоны или при неясной ситуации следует оценить изолят как предположительно резистентный к ванкомицину (VRE) и выполнить подтверждающее исследование, даже если d зоны ≥ 12 мм (Рис. 1.23).
 - Изолят нельзя оценивать как чувствительный до истечения полных 24 ч инкубации.
- *Staphylococcus* spp. и бензилпенициллину **Если диаметр зоны подавления роста ≥ 26 мм:** следует особенно тщательно осмотреть край зоны подавления роста в проходящем свете (поднести чашку к источнику света). Если диаметр зоны подавления роста ≥ 26 мм и край зоны четкий (нет истончения газона по мере приближения к границе), изолят должен быть оценен как резистентный (Рис. 1.24). Если диаметр зоны подавления роста ≥ 26 мм и граница зоны подавления роста размытая (постепенное истончение газона по направлению к границе), изолят следует оценить как чувствительный.
- При оценке результатов выявления резистентности к метициллину у изолятов *Staphylococcus aureus* следует измерить видимую зону подавления роста и тщательно при хорошем освещении осмотреть зону с целью возможно обнаружения изолированных колоний внутри зоны. Эти колонии могут быть как следствием контаминации микроорганизмом другого вида, так и проявлением гетерогенной метициллинорезистентности исследуемого изолята.



d зоны подавления роста ≥ 26 мм и четкий край зоны. Резистентный изолят

d зоны подавления роста ≥ 26 мм и размытая граница зоны подавления роста. Чувствительный изолят

Рис. 1.24. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *S. aureus* к бензилпенициллину

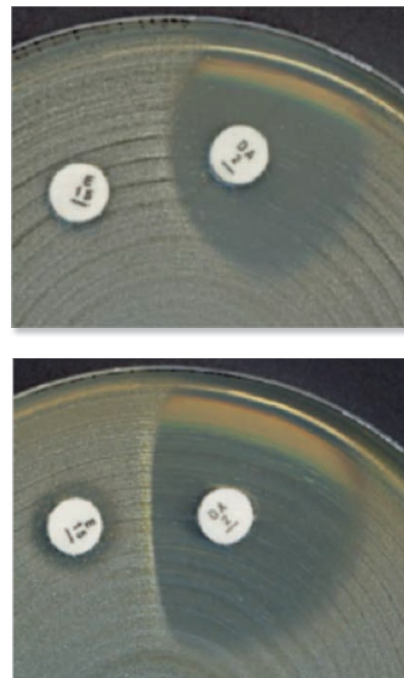


Рис. 1.25. Выявление индуцибельной резистентности к клиндамицину у *Staphylococcus* spp. (D-феномен)



Рис. 1.26. Выявление индуцибельной резистентности к клиндамицину у *Streptococcus* spp. (D-феномен)

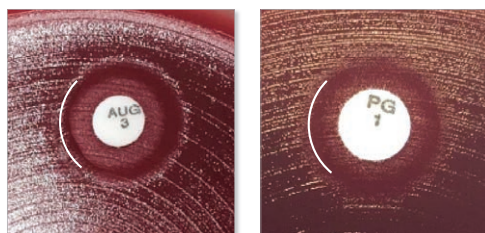


Рис. 1.27. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *H. influenzae* к бета-лактамам

- Выявление индуцибельной резистентности к клиндамицину. Об индуцибельной резистентности к клиндамицину у стафилококков и стрептококков свидетельствует наличие антагонизма между клиндамицином и макролидами. Для выявления антагонизма необходимо поместить диски с эритромицином и клиндамицином рядом на расстоянии 12–20 мм друг от друга (между краями дисков) – у стафилококков (Рис. 1.25) и 12–16 мм (между краями дисков) у стрептококков (Рис. 1.26) и оценить наличие антагонизма (D-феномен).
- *H. influenzae* и бета-лактамы. Если в зоне полного подавления роста наблюдается область роста во-круг диска. В этом случае учет результатов проводится по внешнему краю зоны подавления роста (Рис. 1.27).
- *Brucella melitensis* и рифампицин. Следует тщательно осмотреть зону подавления роста. Колонии, расположенные вблизи края зоны следует учитывать при измерении диаметра. (Рис. 1.27).

2.8. Особенности определения чувствительности к антибиотикам *Campylobacter jejuni* и *coli* диско-диффузионным методом

Особенности методологии определения чувствительности *Campylobacter jejuni* и *coli* к антибиотикам диско-диффузионным методом суммированы в таблице Таблица 1.4.

Таблица 1.4. Диско-диффузионный метод определения чувствительности *Campylobacter jejuni* и *coli*

Питательная среда	Агар М-Х с добавлением 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П) Чтобы уменьшить феномен роения, чашки с агаром МХ-П следует подсушить перед инокуляцией (при 20–25°C в течение 16–24 ч или при 35°C с открытой крышкой в течение 15 мин)
Инокулюм	0,5 по стандарту мутности МакФарланда
Инкубация	Микроаэрофильные условия 41 ± 1°C 24 ч После инкубации должен сформироваться сплошной рост в виде ровного газона. При определении чувствительности некоторых изолятов <i>C. jejuni</i> в течение 24 ч не происходит образования достаточного для учета результатов роста. В этом случае следует немедленно продолжить инкубацию и провести учет результатов после 40–48 ч инкубации (общее время инкубации) Температура инкубации 41 ± 1°C выбрана для создания наиболее благоприятных условий для роста <i>Campylobacter</i> spp.
Учет результатов	Чашку Петри помещают дном книзу в отраженном свете, крышку снимают. При измерении зон подавления роста следует учитывать зону полного подавления видимого роста при осмотре чашки невооруженным глазом на расстоянии 30 см, наклоняя чашку под углом 45° к рабочей поверхности
Контроль качества	<i>Campylobacter jejuni</i> ATCC 33560

2.9. Контроль качества

2.9.1. Общая информация

Мониторинг качества выполнения исследований по определению чувствительности к антибиотикам проводится с использованием специальных контрольных штаммов (Таблица 1.5).

Большинство рекомендованных контрольных штаммов являются чувствительными к антибиотикам.

Для контроля ингибирующего компонента в дисках, содержащих комбинации бета-лактамов и ингибиторов

бета-лактамаз, рекомендуется использовать специальные штаммы, продуцирующие бета-лактамазы (Таблица 1.5). Контроль ингибирующего компонента таких дисков должен быть частью повседневной программы КК. Активный компонент таких антибиотиков контролируется чувствительными контрольными штаммами.

Повседневная программа контроля качества (КК) предусматривает регулярное определение чувствительности рекомендованных контрольных штаммов. Оптимальным является проведение КК ежедневно, по крайней мере, для тех антибиотиков, которые включены в стандартные наборы.

При повторных исследованиях контрольных штаммов, рекомендованных EUCAST, получаемые значения МПК и диаметров зон подавления роста должны случайным образом располагаться в пределах установленных диапазонов допустимых значений (Табл. 1.10–1.26). При наличии ≥ 10 результатов тестирования комбинации контрольный штамм-антибиотик, мода полученных значений МПК должна соответствовать целевому значению, а среднее значение диаметров зон подавления роста должно быть близким к целевому значению (оптимально ± 1 мм).

Кроме того, для подтверждения способности метода выявлять резистентность, опосредованную известными механизмами, необходимо использовать резистентные штаммы (Расширенная программа КК выявления отдельных механизмов резистентности (ESBL, MRSA, VRE, HLGR и мутаций ПСБ), Таблица 1.5). Контрольные исследования с использованием дополнительного перечня контрольных штаммов следует выполнять при изменениях любых параметров тестирования (новая партия дисков или среды) и/или ежемесячно.

Контрольные штаммы могут быть получены из коллекций типовых культур или коммерческих источников.

2.9.2. Контрольные штаммы для повседневной и расширенной программ контроля качества

Перечень и краткая характеристика контрольных штаммов, рекомендованных для повседневной программы контроля качества, приведен в таблицах 1.5 (полный перечень) и 1.6 (штаммы, рекомендованные для контроля качества дисков с комбинациями бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз).

В таблице 1.7. приведен перечень основных и дополнительных контрольных штаммов микроорганизмов для повседневной программы контроля качества. Дополнительные контрольные штаммы используются для контроля качества определения чувствительности к препаратам, не имеющим диапазона контрольных значений для основного контрольного штамма и соответствующей группы микроорганизмов.

Перечень контрольных штаммов микроорганизмов, рекомендуемых для выявления механизмов резистентности (расширенная программа КК), приведен в таблице 1.8.

Таблица 1.5. Перечень контрольных штаммов микроорганизмов, рекомендуемых для повседневной программы контроля качества

Микроорганизм	Штамм	Характеристика
<i>Escherichia coli</i>	ATCC 25922 NCTC 12241 CIP 76.24 DSM 1103 CCUG 17620 CECT 434	Чувствительный, дикий тип
<i>Escherichia coli</i>	ATCC 35218 NCTC 11954 CIP 102181 DSM 5923 CCUG 30600 CECT 943	Продуцент TEM-1, устойчивый к ампициллину (для контроля ингибирующего компонента дисков с комбинацией бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз)
<i>Escherichia coli</i>	NCTC 13353	CTX-M-15 и OXA-1 (для контроля ингибирующего компонента дисков с комбинацией бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз)
<i>Klebsiella quasipneumoniae</i>	ATCC 700603 NCTC 13368 CCUG 45421 CECT 7787	Продуцент ESBL (SHV-18) (для контроля ингибирующего компонента дисков с комбинациями бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	ATCC BAA-2814	KPC-3, SHV-11 и TEM-1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	ATCC 27853 NCTC 12903 CIP 76.110 DSM 1117 CCUG 17619 CECT 108	Чувствительный, дикий тип
<i>Staphylococcus aureus</i>	ATCC 29213 NCTC 12973 CIP 103429 DSM 2569 CCUG 15915 CECT 794	Слабый продуцент бета-лактамаз
<i>Enterococcus faecalis</i>	ATCC 29212 NCTC 12697 CIP 103214 DSM 2570 CCUG 9997 CECT 795	Чувствительный, дикий тип
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	ATCC 49619 NCTC 12977 CIP 104340 DSM 11967 CCUG 33638	Сниженная чувствительность к бензилпенициллину
<i>Haemophilus influenzae</i>	ATCC 49766 NCTC 12975 CIP 103570 DSM 11970 CCUG 29539	Чувствительный, дикий тип
<i>Campylobacter jejuni</i>	ATCC 33560 NCTC 11351 CIP 70.2T DSM 4688 CCUG 11284	Чувствительный, дикий тип Параметры тестирования – см. Приложение А

2.9.3. Хранение и обращение контрольных штаммов

Контрольные штаммы необходимо хранить в условиях, обеспечивающих их жизнеспособность и стабильность фенотипа. Наиболее удобный метод – хранение

Таблица 1.6. Контроль определения чувствительности к комбинациям бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз¹

Микроорганизм	Контроль активного компонента	Контроль ингибитора бета-лактамаз
<i>Enterobacteriales</i> ²	<i>E. coli</i> ATCC 25922	См. стр. 30
<i>Pseudomonas</i> spp.	<i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853	См. стр. 30
<i>Enterococcus faecalis</i> и <i>E. faecium</i>	<i>E. coli</i> ATCC 25922	См. стр. 30
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619	См. стр. 30
Стрептококки группы viridans	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619	См. стр. 30
<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>H. influenzae</i> ATCC 49766 или <i>E. coli</i> ATCC 25922	См. стр. 30
<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>H. influenzae</i> ATCC 49766	См. стр. 30
Анаэробные бактерии	<i>C. perfringens</i> ATCC 13124	<i>B. fragilis</i> ATCC 25285
<i>Pasteurella</i> spp.	<i>H. influenzae</i> ATCC 49766	См. стр. 30
<i>Vibrio</i> spp.	<i>E. coli</i> ATCC 25922	См. стр. 30
<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	<i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853	См. стр. 30
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	<i>E. coli</i> ATCC 25922	См. стр. 30

¹ Контроль определения чувствительности к комбинациям бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз должен проводиться с использованием двух контрольных штаммов: чувствительного и продуцирующего бета-лактамазу/ы.

² В соответствии с недавно выполненными таксономическими исследованиями определение семейства Enterobacteriaceae было сужено. Отдельные роды и виды, ранее входившие в состав семейства, включены в другие семейства внутри порядка Enterobacteriales.

в бульоне с добавлением глицерина (или коммерческие эквиваленты) при температуре -70°C. Каждый контрольный штамм должен храниться в двух экземплярах, один для регулярного использования, второй – как резервный («архивная» пробирка).

Каждую неделю следует субкультивировать штамм из пробирки, предназначенной для регулярного использования, на соответствующей неселективной среде. После контроля чистоты культуры этот рассев должен использоваться ежедневно для подготовки субкультуры контрольного штамма в течение недели. Прихотливые микроорганизмы, жизнеспособность которых не сохраняется при хранении на чашках в течение недели, следует субкультивировать последовательно ежедневно, используя для пересева суточную культуру. Контрольные штаммы можно субкультивировать максимально в течение 6 дней. Затем следует утилизировать чашки и приготовить новую чашку, взяв культуру из пробирки, хранящейся в заморозке. Когда содержимое пробирки для регулярного использования будет практически израсхо-

довано, следует субкультивировать культуру из резервной пробирки и из данной субкультуры приготовить другую пробирку для регулярного использования.

Для субкультивирования контрольного штамма следует брать несколько колоний, чтобы избежать селекции мутантных вариантов.

Для КК определения чувствительности следует использовать суточную (16–20 ч) культуру контрольного штамма.

При работе с контрольными штаммами необходимо соблюдать все требования к проведению работ с клиническими изолятами.

2.9.4. Периодичность контроля качества

Контроль качества определения чувствительности с использованием набора рекомендованных контрольных штаммов следует проводить ежедневно, или как минимум 4 раза в неделю для тех антибиотиков, которые включены в стандартные панели (наборы).

Учет и оценку результатов контрольных исследований необходимо выполнить до учета результатов клинических изолятов и сообщения результатов исследования лечащему врачу.

Дополнительно к ежедневному контролю качества, необходимо проводить контроль качества каждой новой партии агара Мюллера-Хинтона и убедиться, что диаметры зон подавления роста находятся в пределах допустимых диапазонов. Кроме того, для каждой новой партии приготовленной среды необходимо убедиться, что толщина слоя агара в чашках Петри находится в допустимых пределах.

2.9.5. Оценка результатов контроля качества

Допустимые диапазоны значений для контрольных штаммов представлены в таблицах 1.10–1.27. Таблицы контроля качества EUCAST содержат диапазоны допустимых значений и целевые значения для каждой комбинации контрольный микроорганизм-антибиотик.

При регулярном тестировании контрольных штаммов значения диаметров зон подавления должны находиться в пределах допустимого диапазона и распределяться внутри него случайным образом.

- При наличии ≥ 10 результатов среднее арифметическое значений диаметров зон должно быть близким к целевому значению (оптимально ± 1 мм от целевого значения).
- Результаты каждого исследования контрольного штамма следует сравнивать с результатами последних 20 исследований этой же комбинации контрольный штамм-антибиотик для своевременного выявления тенденции отклонения значений от целевого в ту или иную сторону.
- Если диаметры зон подавления роста контрольного штамма в 2 непоследовательных случаях из

Таблица 1.7. Перечень основных и дополнительных контрольных штаммов микроорганизмов для повседневной программы контроля качества

Основные рекомендованные штаммы для контроля качества ¹		Контроль качества определения чувствительности к АМП, не имеющим диапазонов допустимых значений для основных контрольных штаммов ¹	
Микроорганизм	Контрольный штамм	Препарат	Контрольный штамм
<i>Enterobacterales</i> ²	<i>E. coli</i> ATCC 25922	Колистин (МПК)	Дополнительно <i>E. coli</i> NCTC 13846
<i>Pseudomonas</i> spp.	<i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853	Пиперациллин (диаметр зоны) Тикарциллин (диаметр зоны) Колистин (МПК)	<i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>E. coli</i> ATCC 25922 Дополнительно <i>E. coli</i> NCTC 13846
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> <i>Acinetobacter</i> spp.	<i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853	Триметоприм-сульфаметоксазол (МПК и диаметр зоны) Колистин (МПК)	<i>E. coli</i> ATCC 25922 Дополнительно <i>E. coli</i> NCTC 13846
<i>Staphylococcus</i> spp.	<i>S. aureus</i> ATCC 29213	Рокситромицин (МПК)	<i>H. influenzae</i> ATCC 49766
<i>Enterococcus faecalis</i> и <i>E. faecium</i>	<i>E. faecalis</i> ATCC 29212	Ампициллин-сульбактам (МПК) Амоксициллин (МПК) Амоксициллин-клавулановая кислота (МПК)	См. табл. 1.5 <i>E. coli</i> ATCC 25922 См. табл. 1.5
Стрептококки групп А, В, С и G	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619	Тейкопланин (МПК) Миноциклин (МПК) Триметоприм (МПК) Рокситромицин (МПК)	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>H. influenzae</i> ATCC 49766
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619	Тейкопланин (МПК) Миноциклин (МПК) Рокситромицин (МПК)	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>H. influenzae</i> ATCC 49766
Стрептококки группы viridans	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619	Цефазолин (МПК) Тейкопланин (МПК)	<i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>S. aureus</i> ATCC 29213
<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>H. influenzae</i> ATCC 49766	Пиперациллин-тазобактам (МПК и диаметр зоны) Цефтолозан-тазобактам (МПК)	См. табл. 1.5 См. табл. 1.5
<i>Moraxella catarrhalis</i> Анаэробные бактерии	<i>H. influenzae</i> ATCC 49766 <i>B. fragilis</i> ATCC 25285 <i>C. perfringens</i> ATCC 13124		
<i>Listeria monocytogenes</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Pasteurella</i> spp.	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 <i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 <i>H. influenzae</i> ATCC 49766		
<i>Campylobacter jejuni</i> и <i>coli</i>	<i>C. jejuni</i> ATCC 33560	Бензилпенициллин (МПК) Ципрофлоксацин (МПК) Эритромицин (МПК) Тетрациклин (МПК)	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213
<i>Corynebacterium</i> spp. <i>Corynebacterium diphtheriae</i> и <i>C. ulcerans</i>	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 <i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619	Ципрофлоксацин (МПК) Ципрофлоксацин (МПК)	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213
<i>Aerococcus sanguinicola</i> и <i>A. urinae</i> <i>Kingella kingae</i> <i>Aeromonas</i> spp.	<i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 <i>H. influenzae</i> ATCC 49766 <i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853	Ципрофлоксацин (МПК) Бензилпенициллин (МПК) Триметоприм-сульфаметоксазол (МПК и диаметр зоны)	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 <i>E. coli</i> ATCC 25922
<i>Vibrio</i> spp.	<i>E. coli</i> ATCC 25922	Азитромицин (МПК) Доксициклин (МПК) Тетрациклин (диаметр зоны)	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213
<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	<i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853	Триметоприм-сульфаметоксазол (МПК и диаметр зоны)	<i>E. coli</i> ATCC 25922
<i>Bacillus</i> spp.	<i>S. aureus</i> ATCC 29213	Имипенем (МПК и диаметр зоны) Меропенем (МПК и диаметр зоны) Ванкомицин (диаметр зоны)	<i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>E. faecalis</i> ATCC 29212
<i>Bacillus anthracis</i> <i>Brucella melitensis</i>	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213 (МПК) <i>S. pneumoniae</i> ATCC 49619 (диаметр зоны)	Ванкомицин (диаметр зоны) Цефтриаксон (МПК) Гентамицин (диаметр зоны) Стрептомицин (диаметр зоны)	<i>E. faecalis</i> ATCC 29212 <i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>E. coli</i> ATCC 25922 <i>E. coli</i> ATCC 25922
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	<i>E. coli</i> ATCC 25922	Доксициклин (МПК) Тетрациклин (диаметр зоны)	<i>S. aureus</i> ATCC 29213 <i>S. aureus</i> ATCC 29213

¹ Контроль качества определения чувствительности к комбинациям бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз должен проводиться с использованием двух контрольных штаммов: чувствительного и продуцирующего бета-лактамазу (см. Таблица 2).

² В соответствии с недавно выполненными таксономическими исследованиями определение семейства Enterobacteriaceae было сужено. Отдельные роды и виды, ранее входившие в состав семейства, включены в другие семейства внутри порядка Enterobacterales.

Таблица 1.8. Перечень контрольных штаммов микроорганизмов, рекомендуемых для выявления механизмов резистентности (расширенная программа КК)

Микроорганизм	Штамм	Характеристика
<i>Klebsiella quasipneumoniae</i>	ATCC 700603 NCTC 13368 CCUG 45421 CECT 7787	Продуцент ESBL (SHV-18)
<i>Staphylococcus aureus</i>	NCTC 12493 CCUG 67181	<i>mecA</i> -положительный, гетеро-резистентный MRSA
<i>Enterococcus faecalis</i>	ATCC 51299 NCTC 13379 CIP 104676 DSM 12956 CCUG 34289	Высокий уровень резистентности к аминогликозидам (HLAR) и резистентность к ванкомицину (<i>vanB</i> -положительный)
<i>Haemophilus influenzae</i>	ATCC 49247 NCTC 12699 CIP 104604 DSM 9999 CCUG 26214	Сниженная чувствительность к β-лактамам за счет мутаций ПСБ

Таблица 1.9. Возможные источники ошибок определения чувствительности диско-диффузионным методом

Источник ошибок	Возможная причина
Питательная среда	Несоблюдение режима хранения чашек Несоблюдение инструкции при приготовлении Вариации между различными партиями или смена поставщика агара Добавки (вариации между партиями, неправильное количество или истечение срока годности) рН Толщина слоя агара/Объем агара Истекший срок годности
Условия тестирования	Несоблюдение правила «15–15-15 минут» (нанесение суспензии в течение 15 мин, нанесение дисков в течение 15 мин, начало инкубации в течение 15 мин) Инкубация (температура, атмосфера и время) Неправильная инокуляция (слишком малая, слишком большая плотность суспензии, неравномерная инокуляция) Условия учета результатов (фон, освещение) Определение края зоны подавления роста
Диски с антибиотиками	Неправильный выбор диска (другой диск, или диск с другой нагрузкой) Активность антибиотика (неправильное хранение, лабильность антибиотика, истечение срока годности) Использование дисков, не достигших комнатной температуры до открытия контейнера Чрезмерное количество дисков на чашке (взаимодействие между антибиотиками)
Контрольные микроорганизмы	Неправильный выбор контрольного штамма Мутация Контаминация Возраст культуры

20 находятся за пределами допустимого диапазона – результаты определения чувствительности клинических изолятов можно сообщать врачу, но необходимо выяснить причины неудовлетворительных результатов КК.

- Если диаметры зон подавления роста контрольного штамма в 2 последовательных случаях из 20 находятся за пределами допустимого диапазона или зоны подавления роста вокруг нескольких дисков с различными антибиотиками находятся за пределами допустимого диапазона в один и тот же день, необходимо выяснить причины этого несоответствия до сообщения результатов определения чувствительности клинических изолятов. Может возникнуть необходимость в повторении исследований.
- Если при исследовании резистентных контрольных штаммов ожидаемая резистентность не выявляется – результаты определения чувствительности клинических изолятов сообщать нельзя, следует выяснить причины несоответствия и повторить исследование.

2.9.6. Возможные источники ошибок

Возможными источниками ошибок, возникающих при проведении диско-диффузионного метода, могут быть проблемы, связанные с дисками, питательной средой, условиями проведения исследования и качеством контрольных штаммов (Таблица 1.9).

Оценка результатов исследования аминогликозидов может способствовать выявлению неприемлемых вариаций содержания двухвалентных катионов в среде, тигециклина – вариаций в содержании магния, триметоприма-сульфаметоксазола – проблем с содержанием тимина и тимидина, эритромицина – неприемлемый уровень рН. Изменение глубины слоя агара в чашке Петри выше или ниже допустимых значений может привести к формированию зон подавления роста меньшего или большего диаметра.

Уменьшение или увеличение диаметров зон подавления роста вокруг дисков с аминогликозидами при исследовании *P. aeruginosa* ATCC 27853 по отношению к допустимым значениям могут свидетельствовать о высокой или низкой концентрации двухвалентных катионов (Ca^{2+} , Mg^{2+}) в среде, соответственно.

Уменьшение диаметра зоны подавления роста *E. faecalis* ATCC 29212 вокруг диска с тримтопримом-сульфаметоксазолом ниже допустимых значений может свидетельствовать об избытке тимина и тимидина.

2.10. Повседневная программа контроля качества: целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольных штаммов

Таблица 1.10. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Escherichia coli* ATCC 25922 (NCTC 12241, CIP 76.24, DSM 1103, CCUG 17620, СЕСТ 434)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон или агар МХ). Краткое описание методологии см. Раздел II. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Азитромицин	-	-	15	17	14–20³
Азтреонам	0,125	0,06–0,25	30	32	28–36
Азтреонам-авибактам ^{5,20}	0,06	0,03–0,125	30–20	35	32–38
Амикацин	1–2	0,5–4	30	22–23	19–26
Амоксициллин	4	2–8	-	-	-
Амоксициллин-клавулановая к-та ^{4,5}	4	2–8	20–10	21	18–24 ⁶
Ампициллин	4	2–8	10	18–19	15–22 ⁶
Ампициллин-сульбактам ^{5,7}	2	1–4	10–10	21–22	19–24 ⁶
Биапенем	-	0,015–0,06	-	-	-
Гентамицин	0,5	0,25–1	10	22–23	19–26
Гепотидацин	2	1–4	Ва	Ва	Ва
Делафлоксацин	0,016	0,008–0,03	Ва	Ва	Ва
Дорипенем	0,03	0,016–0,06	10	31	27–35
Имипенем	0,125–0,25	0,06–0,5	10	29	26–32
Имипенем-релебактам ^{5,8}	0,125–0,25	0,06–0,5	10–25	30	27–33
Колистин ⁹	0,5–1	0,25–2	-	-	-
Левифлоксацин	0,016–0,03	0,008–0,06	5	33	29–37
Меропенем	0,016–0,03	0,008–0,06	10	31–32	28–35
Меропенем-ваборбактам ^{5,10}	0,016–0,03	0,008–0,06	20–10	34	31–37
Мециллинам ¹¹	0,06–0,125	0,03–0,25	10	27	24–30
Моксифлоксацин	0,016–0,03	0,008–0,06	5	31–32	28–35
Налидиксовая кислота	2	1–4	30	25	22–28
Неомицин	Прим. ¹²	Прим. ¹²	10	17	14–20
Нетилмицин	-	≤ 0,5–1	10	21	18–24
Нитроксолин	4	2–8	30	21	18–24
Нитрофурантоин	8	4–16	100	20	17–23
Норфлоксацин	0,06	0,03–0,125	10	31–32	28–35
Офлоксацин	0,03–0,06	0,016–0,125	5	31	29–33
Пефлоксацин	-	-	5	29	26–32
Пиперацillin	2	1–4	30	24	21–27
Пиперацillin-тазобактам ^{5,13}	2–4	1–8	30–6	24	21–27
Стрептомицин	-	-	10	16	12–20
Сульфаметоксазол	32	16–64	-	-	-
Тигециклин ¹⁴	0,06–0,125	0,03–0,25	15	23–24	20–27
Тикарциллин	8	4–16	75	27	24–30
Тикарциллин-клавулановая к-та ^{4,5}	8	4–16	75–10	27	24–30
Темоциллин	16	8–32	30	19	16–22¹⁸
Тобрамицин	0,5	0,25–1	10	22	18–26
Триметоприм	1	0,5–2	5	24–25	21–28
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹⁵	0,06	0,03–0,125	1,25–23,75	26	23–29
Фосфомицин ¹⁶	1	0,5–2	200 ¹⁷	30	26–34¹⁸
Хлорамфеникол	4	2–8	30	24	21–27
Цефадроксил	-	-	30	17	14–20
Цефазолин	2	1–4	30	24	21–27
Цефалексин	8	4–16	30	18	15–21
Цефепим	0,03–0,06	0,016–0,125	30	34	31–37
Цефепим-энментазобактам ^{5,21}	0,06	0,03–0,125	30–20	35	32–38
Цефепим-сульбактам ^{5,7}	0,06	0,03–0,125	30–10	34–35	33–36
Цефидерокол ¹⁹	0,125–0,25	0,06–0,5	30	27	24–30
Цефиксим	0,5	0,25–1	5	23	20–26
Цефоперазон	Ва	Ва	30	28	25–31
Цефокситин	4	2–8	30	26	23–29
Цефотаксим	0,06	0,03–0,125	5	28	25–31

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Цефподоксим	0,5	0,25–1	10	25–26	23–28
Цефтазидим	0,125–0,25	0,06–0,5	10	26	23–29
Цефтазидим-авибактам ^{5,20}	0,125–0,25	0,06–0,5	10–4	27	24–30
Цефтаролин	0,06	0,03–0,125	5	27	24–30
Цефтибутен	0,25–0,5	0,125–0,1	30	31	27–35
Цефтобипрол	0,06	0,03–0,125	5	28	25–31
Цефтолозан-тазобактам ^{5,13}	0,25	0,125–0,5	30–10	28	24–32
Цефтриаксон	0,06	0,03–0,125	30	32	29–35
Цефуроксим	4	2–8	30	23	20–26
Ципрофлоксацин	0,008	0,004–0,016	5	33	29–37
Эравациклин	0,06	0,03–0,125	20	21	18–24
Эртапенем	0,008	0,004–0,016	10	32–33	29–36

Escherichia coli ATCC 25922

(NCTC 12241, CIP 76.24, DSM 1103, CCUG 17620, СЕСТ 434)

¹ Рассчитано EUCAST.² Институт по клиническим и лабораторным стандартам (CLSI), M100-S29, 2019, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.³ Тонкий рост внутри зоны подавления роста, который выявляется при использовании некоторых серий МХА, следует учитывать.⁴ Для определения МПК используется фиксированная концентрация хлоридной кислоты 2 мг/л.⁵ Контроль ингибирующего компонента см. Повседневный контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз).⁶ Тонкий рост внутри зоны подавления роста, который выявляется при использовании некоторых серий МХА, не учитывается.⁷ Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульфактама 4 мг/л.⁸ Для определения МПК используется фиксированная концентрация релбактама 4 мг/л.⁹ Для контроля качества определения чувствительности к колистину необходимо использовать два контрольных штамма: чувствительный (*E. coli* ATCC 25922 или *P. aeruginosa* ATCC 27853) и резистентный *E. coli* NCTC 13846 (*mcr-1* положительный) к колистину. Целевое значение МПК колистина для *E. coli* NCTC 13846 (CCUG 70662, DSM 105182) – 4 мг/л; значения 2 или 8 мг/л допускаются лишь в отдельных случаях.¹⁰ Для определения МПК используется фиксированная концентрация ваборбактама 8 мг/л.¹¹ Референтным методом определения чувствительности к мециллину является метод разведений в агаре.¹² В настоящее время допустимые значения МПК для *E. coli* ATCC 25922 и неомицина не установлены.¹³ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.¹⁴ Для определения чувствительности к тигециклину методом микроразведений в бульоне питательная среда готовится в день исследования.¹⁵ Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Значения МПК представлены по триметоприму.¹⁶ Референтным методом определения чувствительности к фосфомицину является метод разведений в агаре. Питательная среда для определения чувствительности к фосфомицину должна содержать глюкозо-6-фосфат (25 мг/л). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкции производителя.¹⁷ Диск для определения чувствительности должен содержать 200 мкг фосфомицина и 50 мкг глюкозо-6-фосфата.¹⁸ Отдельные колонии внутри зоны подавления роста учитывать не следует (пример см. Раздел 1, п. 2.7.3; раздел 2 – Таблицы пограничных значений).¹⁹ Для определения МПК методом микроразведений в бульоне необходимо использовать бульон Мюллера-Хинтон с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов. (см. http://www.eucast.org/guidance_documents/).²⁰ Для определения МПК используется фиксированная концентрация авибактама 4 мг/л.²¹ Для определения МПК используется фиксированная концентрация энметазобактама 8 мг/л.

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.11. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 (NCTC 12903, CIP 76.110, DSM 1117, CCUG 17619, СЕСТ 108)**Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон или агар МХ). Краткое описание методологии см. Раздел II. Таблицы пограничных значений.**

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Азтреонам	4	2–8	30	26	23–29
Амикацин	2	1–4	30	23	20–26
Гентамицин	1	0,5–2	10	20	17–23
Дорипенем	0,25	0,125–0,5	10	31–32	28–35
Имипенем	2	1–4	10	24	20–28
Имипенем-релбактам ^{3,4}	0,5	0,25–1	10–25	28–29	26–31
Колистин ⁵	1–2	0,5–4	-	-	-
Левофлоксацин	1–2	0,5–4	5	22–23	19–26

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Меропенем	0,25–0,5	0,125–1	10	30	27–33
Меропенем-ваборбактам ^{3,6}	0,25–0,5	0,125–1	20–10	32	29–35
Нетилмицин	2	0,5–8	10	18	15–21
Пиперациллин	2–4	1–8	-	-	-
Пиперациллин-тазобактам ^{3,7}	2–4	1–8	30–6	26	23–29
Тикарциллин	16	8–32	-	-	-
Тикарциллин-клавулановая к-та ^{3,8}	16	8–32	75–10	24	20–28
Тобрамицин	0,5	0,25–1	10	23	20–26
Фосфомицин ⁹	4	2–8	-	-	-
Цефепим	1–2	0,5–4	30	28	25–31
Цефепим-сульбактам ^{3,12}	1	0,5–2	30–10	32	31–33
Цефидерокол ¹⁰	0,125–0,25	0,06–0,5	30	26	23–29
Цефтазидим	2	1–4	10	24	21–27
Цефтазидим-авибактам ^{3,11}	1–2	0,5–4	10–4	24	21–27
Цефтолозан-тазобактам ^{3,7}	0,5	0,25–1	30–10	28	25–31
Ципрофлоксацин	0,25–0,5	0,125–1	5	29	25–33

¹ Рассчитано EUCAST.

² CLSI, M100-S26, 2016; кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

³ Контроль ингибирующего компонента см. Повседневный контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз).

⁴ Для определения МПК используется фиксированная концентрация релебактама – 4 мг/л.

⁵ Для контроля качества определения чувствительности к колистину необходимо использовать два контрольных штамма: чувствительный (*E. coli* ATCC 25922 или *P. aeruginosa* ATCC 27853) и резистентный *E. coli* NCTC 13846 (мсr-1 положительный) к колистину. Целевое значение МПК колистина для *E. coli* NCTC 13846 (CCUG 70662, DSM 105182) – 4 мг/л; значения 2 или 8 мг/л допустимы лишь в отдельных случаях.

⁶ Для определения МПК используется фиксированная концентрация ваборбактама – 8 мг/л.

⁷ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

⁸ Для определения МПК используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты 2 мг/л.

⁹ Референтным методом определения чувствительности к фосфомицину является метод разведений в агаре. Питательная среда для определения чувствительности к фосфомицину должна содержать глюкозо-6-фосфат (25 мг/л). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкции производителя.

¹⁰ Для определения МПК методом микроразведений в бульоне необходимо использовать бульон Мюллера-Хинтон с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов. (см. http://www.eucast.org/guidance_documents/).

¹¹ Для определения МПК используется фиксированная концентрация авибактама 4 мг/л.

¹² Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама 4 мг/л.

Va – в процессе валидации.

Таблица 1.12. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Staphylococcus aureus* ATCC 29213 (NCTC 12973, CIP 103429, DSM 2569, CCUG 15915, СЕСТ 794)

Слабый продуцент бета-лактамазы

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон или агар МХ). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ³
Азитромицин	1	0,5–2	-	-	-
Амикацин	2	1–4	30	21	18–24
Амоксициллин	1	0,5–2	-	-	-
Амоксициллин-клавулановая к-та ^{4,5}	0,25	0,125–0,5	2–1	22	19–25
Ампициллин	1	0,5–2	2	18	15–21
Бензилпенициллин	0,5–1	0,25–2	1 ЕД	15	12–18
Ванкомицин	1	0,5–2	-	-	-
Гентамицин	0,25–0,5	0,125–1	10	22	19–25
Гепотидацин	0,25–0,5	0,125–1	Va	Va	Va
Далбаванцин ⁶	0,06	0,03–0,125	-	-	-
Даптомицин ⁷	0,25–0,5	0,125–1	-	-	-
Делафлоксацин	0,002–0,004	0,001–0,008	Va	Va	Va
Доксициклин	0,25	0,125–0,5	-	-	-

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ³
Кларитромицин	0,25	0,125–0,5	-	-	-
Клиндамицин	0,125	0,06–0,25	2	26	23–29
Левифлоксацин	0,125–0,25	0,06–0,5	5	26	23–29
Лефамулин	0,125	0,06–0,25	5	26	23–29
Линезолид	2	1–4	10	24	21–27
Миноциклин	0,125–0,25	0,06–0,5	30	26	23–29
Моксифлоксацин	0,03–0,06	0,016–0,125	5	28	25–31
Мупироцин	0,125	0,06–0,25	200	34	31–37
Нетилмицин	≤ 0,25	-	10	23	20–26
Неомицин	Прим. ¹¹	Прим. ¹¹	10	19	16–22
Нитрофурантоин	16	8–32	100	20	17–23
Норфлоксацин	1	0,5–2	10	21	18–24
Оксациллин	Прим. ¹²	Прим. ¹²	1	22	19–25
Окситетрациклин	0,5	0,25–1	-	-	-
Оривантин ⁶	0,03–0,06	0,016–0,125	-	-	-
Офлоксацин	0,25–0,5	0,125–1	5	24	21–27
Рифампицин	0,008	0,004–0,016	5	33	30–36
Сульфаметоксазол	64	32–128	-	-	-
Тедизолид	0,25–0,5	0,125–1	2	22	19–25
Тейкопланин	0,5	0,25–1	-	-	-
Телаванцин ⁶	0,06	0,03–0,125	-	-	-
Телитромицин	0,125	0,06–0,25	15	Ва	Ва
Тетрациклин	0,25–0,5	0,125–1	30	27	23–31
Тигециклин ⁸	0,06–0,125	0,03–0,25	15	22	19–25
Тобрамицин	0,25–0,5	0,125–1	10	23	20–26
Триметоприм	2	1–4	5	25	22–28
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁹	0,06	0,03–0,125	1,25–23,75	29	26–32
Фосфомицин ¹⁰	1–2	0,5–4	-	-	-
Фузидовая кислота	0,125	0,06–0,25	10	29	26–32
Хинупристин-далфопристин	0,5	0,25–1	15	24	21–27
Хлорамфеникол	4–8	2–16	30	24	20–28
Цефокситин	2	1–4	30	27	24–30
Цефтаролин	0,25	0,125–0,5	5	27	24–30
Цефтобипрол	0,25–0,5	0,125–1	5	25	22–28
Ципрофлоксацин	0,25	0,125–0,5	5	24	21–27
Эравакиклин	0,03–0,06	0,016–0,125	20	23	20–26
Эритромицин	0,5	0,25–1	15	26	23–29

Staphylococcus aureus ATCC 29213

(NCTC 12973, CIP 103429, DSM 2569, CCUG 15915, CECT 794)

Слабый продуцент бета-лактамазы

¹ Рассчитано EUCAST.² CLSI, M100-S33, 2023, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.³ Установлено и валидировано EUCAST.⁴ Для определения МПК используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты 2 мг/л.⁵ *S. aureus* ATCC 29213 – продуцент бета-лактамазы. При определении МПК для контроля активного компонента (амоксциллин) следует использовать штаммы, не продуцирующие бета-лактамазы (*E. coli* ATCC 25922, *S. pneumoniae* ATCC 49619 или *H. influenzae* ATCC 49766).⁶ Для определения МПК среда должна содержать полисорбат-80 (в конечной концентрации 0,002% для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.⁷ Определение МПК даптомицина проводится в присутствии Ca²⁺ (50 мг/л среды для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.⁸ Для метода микроразведений питательная среда готовится в день исследования.⁹ Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Значения МПК представлены по триметоприму.¹⁰ Референтным методом определения чувствительности к фосфомицину является метод разведений в агаре. Питательная среда для определения чувствительности к фосфомицину должна содержать глюкозо-6-фосфат (25 мг/л). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкции производителя.¹¹ В настоящее время допустимые значения МПК для *S. aureus* ATCC 29213 и неомицина не установлены.¹² В настоящее время допустимые значения МПК для *S. aureus* ATCC 29213 и оксациллина не установлены EUCAST. Допустимые значения, установленные CLSI (M 100-S30) – 0,125–0,5 мг/л.

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.13. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Enterococcus faecalis* ATCC 29212 (NCTC 12697, CIP 103214, DSM 2570, CCUG 9997, СЕСТ 795)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон или агар МХ). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ³
Ампициллин	1	0,5–2	2	18	15–21
Ванкомицин	2	1–4	5	13	10–16
Гентамицин	8	4–16	30 ⁴	15	12–18
Гепотидацин	2	1–4	Ва	Ва	Ва
Имипенем	1	0,5–2	10	27	24–30
Левифлоксацин	0,5–1	0,25–2	5	22	19–25
Линезолид	2	1–4	10	22	19–25
Нитрофурантоин	8	4–16	100	21	18–24
Норфлоксацин	4	2–8	10	19	16–22
Стрептомицин	Прим. ⁵	Прим. ⁵	300 ⁴	17	14–20 ⁶
Тейкопланин	0,5	0,25–1	30	18	15–21
Тигециклин ⁷	0,06	0,03–0,125	15	23	20–26
Триметоприм	0,25	0,125–0,5	5	28	24–32
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁸	≤ 0,5 ²	-	1,25–23,75	30	26–34
Хинупристин-далфопристин	4	2–8	15	14	11–17
Ципрофлоксацин	0,5–1	0,25–2	5	22	19–25
Эравациклин	0,03	0,016–0,06	20	23	20–26

¹ Рассчитано EUCAST.

² CLSI, M100-S33, 2023, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

³ Установлено и валидировано EUCAST.

⁴ Диск для скрининга приобретенного аминогликозид-модифицирующего фермента (резистентности высокого уровня к аминогликозидам) у энтерококков.

⁵ Диапазон допустимых значений МПК стрептомицина для *E. faecalis* ATCC 29212 в настоящее время не установлен.

⁶ CLSI, M100-S33, 2023.

⁷ Для определения МПК тигециклина методом микроразведений в бульоне питательная среда готовится в день исследования.

⁸ Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Значения МПК представлены по триметоприму.

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.14. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619* (NCTC 12977, CIP 104340, DSM 11967, CCUG 33638)

Штамм со сниженной чувствительностью к пенициллину.

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для прихотливых бактерий (бульон или агар МХ-П). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ³
Азитромицин	0,125	0,06–0,25	-	-	-
Амоксициллин	0,06	0,03–0,125	-	-	-
Амоксициллин-клавулановая к-та ^{4,5}	0,06	0,03–0,125	-	-	-
Ампициллин	0,125	0,06–0,25	2	28	25–31
Бензилпенициллин	0,5	0,25–1	1 ЕД	19	16–22
Ванкомицин	0,25	0,125–0,5	5	20	17–23
Далбаванцин ⁷	0,016	0,008–0,03	-	-	-
Даптомицин ⁸	0,125–0,25	0,06–0,5	-	-	-
Делафлоксацин	0,008	0,004–0,016	Ва	Ва	Ва
Доксициклин	0,03–0,06	0,016–0,125	-	-	-
Дорипенем	0,06	0,03–0,125	10	34	31–37
Имипенем	0,06	0,03–0,125	10	38	34–42
Имипенем-релебактам	Прим. ⁶	Прим. ⁶	-	-	-
Кларитромицин	0,06	0,03–0,125	-	-	-

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ³
Клиндамицин	0,06	0,03–0,125	2	25	22–28
Левифлоксацин	1	0,5–2	5	24	21–27
Лефамулин	0,125–0,25	0,06–0,5	5	18	15–21
Линезолид	0,5–1	0,25–2	10	26	23–29
Меропенем	0,06–0,125	0,03–0,25	10	34	30–38
Миноциклин	-	-	30	28	25–31
Моксифлоксацин	0,125	0,06–0,25	5	27	24–30
Нитрофурантоин	8	4–16	100	28	25–31
Норфлоксацин	4	2–8	10	21	18–24
Оксациллин ⁹	-	-	1	11	8–14 ¹⁰
Окситетрациклин	0,25	0,125–0,5	-	-	-
Оритаванцин ⁷	0,002	0,001–0,004	-	-	-
Офлоксацин	2	1–4	5	21	18–24
Рифампицин	0,03	0,016–0,06	5	29	26–32
Тедизолид	0,25	0,125–0,5	2	22	19–25
Тейкопланин	-	-	30	21	18–24
Телитромицин	0,008–0,016	0,004–0,03	15	30	27–33
Тетрациклин	0,125–0,25	0,06–0,5	30	31	28–34
Тигециклин ¹⁰	0,03–0,06	0,016–0,125	15	27	24–30
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹¹	0,25–0,5	0,125–1	1,25–23,75	22	18–26
Хлорамфеникол	4	2–8	30	27	24–30
Хлортетрациклин	0,25	0,125–0,5	-	-	-
Цефаклор	2	1–4	30	28	25–31
Цефепим	0,06–0,125	0,03–0,25	30	34	31–37
Цефотаксим	0,06	0,03–0,125	5	31	28–34
Цефподоксим	0,06	0,03–0,125	10	32	29–35
Цефтаролин	0,016	0,008–0,03	-	-	-
Цефтобипрол	0,008–0,016	0,004–0,03	-	-	-
Цефтриаксон	0,06	0,03–0,125	30	35	32–38
Цефуроксим	0,5	0,25–1	30	31	28–34
Ципрофлоксацин	-	-	5	25	22–28
Эравациклин	0,008–0,016	0,004–0,03	20	27	24–30
Эритромицин	0,06	0,03–0,125	15	29	26–32
Эртапенем	0,06–0,125	0,03–0,25	10	31	28–34

***Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619* (NCTC 12977, CIP 104340, DSM 11967, CCUG 33638)**

Штамм со сниженной чувствительностью к пенициллину

* Учет результатов проводится по границе зоны подавления роста *S. pneumoniae*, а не по границе зоны гемолиза. Для облегчения измерения диаметра зоны подавления роста *S. pneumoniae* на среде МХА-П, чашку следует рассматривать под углом. Как правило, рост микроорганизмов наблюдается над всей зоной α -гемолиза. Однако в некоторых случаях зона α -гемолиза выходит за границы зоны роста.

¹ Рассчитано EUCAST.

² CLSI, M100-S29, 2019, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

³ Установлено и валидировано EUCAST.

⁴ Для определения МПК используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты 2 мг/л.

⁵ Контроль ингибирующего компонента см. Повседневный контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз).

⁶ Использование ингибиторозащищенных бета-лактамов не имеет клинического преимущества.

⁷ Для определения МПК среда должна содержать полисорбат-80 (в конечной концентрации 0,002% для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.

⁸ Определение МПК даптомицина проводится в присутствии Ca^{2+} (50 мг/л среды для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.

⁹ Для контроля диска с оксациллином 1 мкг может быть использован *S. aureus* ATCC 29213; целевое значение 22 мм, допустимый диапазон 19–25 мм (методология диско-диффузионного метода для *S. aureus*).

¹⁰ Для определения МПК тигециклина методом микроразведений в бульоне питательная среда готовится в день исследования.

¹¹ Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Значения МПК представлены по триметоприму.

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.15. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Haemophilus influenzae* ATCC 49766 (NCTC 12975, CIP 103570, DSM 11970, CCUG 29539)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для прихотливых бактерий (бульон или агар МХ-П). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ³
Азитромицин	1	0,5–2	-	-	-
Амоксициллин-клавулановая к-та ^{4,5}	0,25	0,125–0,5	2–1	20	17–23
Амоксициллин	0,25	0,125–0,5	-	-	-
Ампициллин	0,125	0,06–0,25	2	22	19–25
Ампициллин-сульбактам ^{5,6}	0,125	0,06–0,25	-	-	-
Бензилпенициллин	-	-	1 ЕД	18	15–21
Доксициклин	0,5	0,25–1	-	-	-
Дорипенем	0,125	0,06–0,25	10	29	26–32
Имипенем	0,5	0,25–1	10	27	24–30
Кларитромицин	8	4–16	-	-	-
Левифлоксацин	0,016	0,008–0,03	5	35	31–39
Меропенем	0,06	0,03–0,125	10	31	27–35
Миноциклин	0,25	0,125–0,5	30	29	26–32
Моксифлоксацин	0,016	0,008–0,03	5	33	30–36
Налидиксовая кислота	-	-	30	29	26–32
Пиперациллин-тазобактам ^{5,7}	Прим. ⁸	Прим. ⁸	30–6	36	32–40
Офлоксацин	0,03	0,016–0,06	5	34	31–37
Рифампицин	0,5	0,25–1	5	24	21–27
Рокситромицин	8	4–16	-	-	-
Телитромицин	2	1–4	15	17	14–20
Тетрациклин	0,5	0,25–1	30	31	28–34
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁹	0,03	0,016–0,06	1,25–23,75	31	27–35
Хлорамфеникол	0,5	0,25–1	30	34	31–37
Цефепим	0,06	0,03–0,125	30	33	30–36
Цефиксим	0,03	0,016–0,06	5	32	29–35
Цефотаксим	0,008	0,004–0,016	5	33	29–37
Цефподоксим	0,06	0,03–0,125	10	33	30–36
Цефтаролин	0,008	0,004–0,016	-	-	-
Цефтибутен	0,03	0,016–0,06	30	34	31–37
Цефтолозан-тазобактам ^{5,7}	Прим. ¹⁰	Прим. ¹⁰	30–10	27	24–30
Цефтриаксон	0,004	0,002–0,008	30	38	34–42
Цефуроксим	0,5	0,25–1	30	30	26–34
Ципрофлоксацин	0,008	0,004–0,016	5	36	32–40
Эритромицин	4	2–8	15	13	10–16
Эртапенем	0,03	0,016–0,06	10	30	27–33

¹ Рассчитано EUCAST.

² CLSI, M100-S33, 2023, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

³ Установлено и валидировано EUCAST.

⁴ Для определения МПК используется фиксированная концентрация клавуланата 2 мг/л.

⁵ Для контроля ингибирующего компонента см. Повседневный контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз, Табл. 1.17). Исследование проводится в соответствии с методологией для неприхотливых микроорганизмов.

⁶ Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама 4 мг/л.

⁷ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

⁸ Для контроля содержания пиперациллина используется *E. coli* ATCC 25922 (параметры исследования для *E. coli*).

⁹ Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Значения МПК представлены по триметоприму.

¹⁰ Для контроля содержания цефтолозана используется *E. coli* ATCC 25922 (параметры исследования для *E. coli*).

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.16. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Campylobacter jejuni* ATCC 33560 (NCTC 11351, CIP 70.2T, DSM 4688, CCUG 11284)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для прихотливых бактерий (бульон или агар МХ-П). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Ципрофлоксацин	Прим. ³	Прим. ³	5	38	34–42
Эритромицин	Прим. ³	Прим. ³	15	31	27–35
Тетрациклин	Прим. ³	Прим. ³	30	34	30–38

¹ Рассчитано EUCAST.

² Установлено и валидировано EUCAST.

³ Следует использовать контрольный штамм *S. aureus* ATCC 29213 и метод микроразведений в бульоне (параметры для *S. aureus*).

Таблица 1.17. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Mannheimia haemolytica* ATCC 33396 (NCTC 9380, DSM 10531, CCUG 12392T)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для прихотливых бактерий (бульон или агар МХ-П). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Флорфеникол	1	0,5–2	-	-	-

¹ Рассчитано EUCAST.

² Установлено и валидировано EUCAST.

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.18. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Aeromonas salmonicida subsp. salmonicida* ATCC 33658 (NCTC 12959, CIP 103209T, DSM 19634 CECT 894)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон МХ для метода микроразведений в бульоне). Режим инкубации: 22 ± 2 °С в течение 44–48 ч.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Триметоприм-сульфаметоксазол ³	0,125	0,06–0,25	-	-	-

¹ Рассчитано EUCAST.

² Установлено и валидировано EUCAST.

³ Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.

Ва – в процессе валидации.

2.10.1. Контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон или агар МХ). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

Таблица 1.19. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Escherichia coli* ATCC 35218 (NCTC 11954, CIP 102181, DSM 5923, CCUG 30600, CECT 943)

Штамм, продуцирующий бета-лактамазу TEM-1 (не ESBL)

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Амоксициллин-клавулановая к-та ³	8–16	4–32	20–10	19–20	17–22 ⁴
Ампициллин-сульбактам ⁵	32–64	16–128	10–10	16	13–19 ⁴
Пиперациллин-тазобактам ^{6,7}	1	0,5–2	30–6	24	21–27
Тикарциллин-клавулановая к-та ³	16	8–32	75–10	23	21–25
Цефтолозан-тазобактам ^{6,7}	0,125	0,06–0,25	30–10	28	25–31

Таблица 1.20. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Klebsiella quasipneumoniae* ATCC 700603* (NCTC 13368, CCUG 45421, СЕСТ 7787)

Продуцент ESBL SHV-18

* При исследовании данного штамма в норме может наблюдаться образование двух типов колоний; оба типа необходимо учитывать при субкультивировании и определении чувствительности.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Азтреонам-авибактам ⁸	0,125–0,25	0,06–0,5	30–20	29	26–32
Пиперациллин-тазобактам ^{6,7}	16	8–32	30–6	17	14–20
Цефтазидим-авибактам ⁸	0,5–1	0,25–2	10–4	21	18–24
Цефтолозан-тазобактам ^{6,7}	1	0,5–2	30–10	21	17–25
Цефепим-сульбактам ⁴	0,125–0,25	0,06–0,5	30–10	27–28	25–30

¹ Рассчитано EUCAST.

² CLSI, M100-S29, 2019, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

³ Для определения МПК используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты 2 мг/л.

⁴ Тонкий рост внутри зоны подавления роста, который выявляется при использовании некоторых серий МХА, не учитывается.

⁵ Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама 4 мг/л.

⁶ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

⁷ Для контроля ингибирующего компонента можно использовать *E. coli* ATCC 35218 или *K. quasipneumoniae* ATCC 700603.

⁸ Для определения МПК используется фиксированная концентрация авибактама 4 мг/л.

⁹ Для определения МПК используется фиксированная концентрация релебактама 4 мг/л.

¹⁰ Для определения МПК используется фиксированная концентрация ваборбактама 8 мг/л.

¹¹ Для контроля ингибирующего компонента при определении МПК используется *E. coli* ATCC 35218.

Ва – в процессе валидации.

Таблица 1.21. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Klebsiella quasipneumoniae* ATCC BAA-2814

KPC-3, SHV-11 и TEM-1

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Имипенем-релебактам ⁹	0,125	0,06–0,25	10–25	25	22–28
Меропенем-ваборбактам ¹⁰	0,25	0,125–0,5	20–10	18	15–21

Таблица 1.22. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Escherichia coli* NCTC 13353 (CCUG 52544) СТХ-М-15 и ОХА-1

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Цефепим-энметазобактам ¹¹	0,06	0,03–0,125	30–20	30	27–33

Таблица 1.23. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Staphylococcus aureus* ATCC 29213 (NCTC 12973, CIP 103429, DSM 2569, CCUG 15915, СЕСТ 794)

Слабый продуцент бета-лактамаз

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Амоксициллин-клавулановая к-та ³	Прим. ¹²	Прим. ¹²	2–1	22	19–25

¹ Рассчитано EUCAST.

² CLSI, M100-S29, 2019, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

³ Для определения МПК используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты 2 мг/л.

⁴ Тонкий рост внутри зоны подавления роста, который выявляется при использовании некоторых серий МХА, не учитывается.

⁵ Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама 4 мг/л.

⁶ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

⁷ Для контроля ингибирующего компонента можно использовать *E. coli* ATCC 35218 или *K. quasipneumoniae* ATCC 700603.

⁸ Для определения МПК используется фиксированная концентрация авибактама 4 мг/л.

⁹ Для определения МПК используется фиксированная концентрация релебактама 4 мг/л.

¹⁰ Для определения МПК используется фиксированная концентрация ваборбактама 8 мг/л.

¹¹ Для определения МПК используется фиксированная концентрация энметазобактама 8 мг/л.

¹² Для контроля ингибирующего компонента при определении МПК используется *E. coli* ATCC 35218.

Ва – в процессе валидации.

2.11. Расширенная программа контроля качества: целевые и допустимые значения диаметров зон подавления роста контрольных штаммов для выявления механизмов резистентности диско-диффузионным методом

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для неприхотливых бактерий (бульон или агар МХ). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

2.11.1. Продукция ESBL у *Enterobacterales*

Таблица 1.24. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Klebsiella quasipneumoniae* ATCC 700603* (NCTC 13368, CCUG 45421, CECT 7787)

Продуцент ESBL SHV-18

АМП	Содержание в диске (мкг)	Целевая категория чувствительности ¹	Допустимые значения ² (мм)	Примечание
Азтреонам	30	Р	9–17	
Цефотаксим	5	У или Р	12–18	
Цефподоксим	10	Р	9–16	
Цефтазидим	10	У или Р	6–12	
Цефтриаксон	30	У или Р	16–22	

* При исследовании данного штамма в норме может наблюдаться образование двух типов колоний; оба типа необходимо учитывать при субкультивировании и определении чувствительности.

2.11.2. Резистентность к метициллину у *Staphylococcus aureus*

Таблица 1.25. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Staphylococcus aureus* NCTC 12493 (CCUG 67181)

Резистентный к метициллину (MRSA), *mecA*-положительный

АМП	Содержание в диске (мкг)	Целевая категория чувствительности ¹	Допустимые значения ² (мм)	Примечание
Цефокситин	30	Р	14–20	

2.11.3. *vanB*-опосредованная резистентность к гликопептидам у *Enterococcus spp.*

Таблица 1.26. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Enterococcus faecalis* ATCC 51299 (NCTC 13379, CIP 104676, DSM 12956, CCUG 34289)

vanB-положительный штамм

АМП	Содержание в диске (мкг)	Целевая категория чувствительности ¹	Допустимые значения ² (мм)	Примечание
Тейкопланин	30	Ч	16–20	Учет результатов проводится в проходящем свете. При нечетком крае зоны подавления роста результат интерпретируется как резистентный, даже если диаметр зоны больше пограничного значения для категории «чувствительный» (примеры учета результатов – см. Раздел 1, п. 2.7.3, рис. 1.20, раздел 2 – Таблицы пограничных значений EUCAST).
Ванкомицин	5	Р	6–12	

2.11.4. Резистентность высокого уровня к аминогликозидам у *Enterococcus spp.*

Таблица 1.27. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Enterococcus faecalis* ATCC 51299 (NCTC 13379, CIP 104676, DSM 12956, CCUG 34289)

Штамм с резистентностью высокого уровня к гентамицину и стрептомицину

АМП	Содержание в диске (мкг)	Целевая категория чувствительности ¹	Допустимые значения ² (мм)	Примечание
Гентамицин	30	Р	6	
Стрептомицин	300	Р	6	

¹ Соответствие целевой категории свидетельствует о том, что механизмы резистентности выявляются корректно; оценивается в соответствии с пограничными значениями EUCAST (Ч – чувствительный при стандартном режиме дозирования, У – чувствительный при увеличенной экспозиции, Р – резистентный).

² CLSI, M100-S33, 2023, кроме диапазонов, выделенных жирным шрифтом/курсивом, установленных EUCAST. Все диапазоны значений валидированы EUCAST.

2.11.5. Целевые и допустимые значения диаметров зон подавления роста контрольных штаммов, рекомендуемых для выявления механизмов резистентности диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтон с добавлением 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для прихотливых бактерий (бульон или агар МХ-П). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

2.11.6. Сниженная чувствительность к бета-лактамам вследствие мутаций в генах, кодирующих ПСБ, у *Haemophilus influenzae*

Таблица 1.28. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Haemophilus influenzae* ATCC 49247 (NCTC 12699, CIP 104604, DSM 9999, CCUG 26214)

АМП	Содержание в диске (мкг)	Целевая категория чувствительности ¹	Допустимые значения ² (мм)	Примечание
Ампициллин	2	Р	6–12	При наличии мелких колоний в зоне подавления роста результат учитывается как отсутствие зоны подавления роста. Если в зоне полного подавления роста наблюдается зона роста вокруг диска, учет проводится по внешнему краю зоны подавления роста (см. Раздел 1, п.2.7.3, рис. 1.24, раздел 2 – Таблицы пограничных значений).
Бензилпенициллин	1 ЕД	Р	6–9	

¹ Соответствие целевой категории свидетельствует о том, что механизмы резистентности выявляются корректно; оценивается в соответствии с пограничными значениями EUCAST (Ч – чувствительный при стандартном режиме дозирования, У – чувствительный при увеличенной экспозиции, Р – резистентный).

² Установлены и подтверждены при повторных тестированиях EUCAST.

2.12. Диско-диффузионный метод и критерии контроля качества определения чувствительности отдельных быстро растущих анаэробных бактерий на агаре для прихотливых анаэробных бактерий (Fastidious Anaerobe Agar, FAA)

Метод валидирован для *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Fusobacterium necrophorum*, *Clostridium perfringens* и *Cutibacterium* при инкубации в течение 16–20 ч и не должен использоваться для других видов анаэробных бактерий и продолжительности инкубации более 20 ч.

2.12.1. Питательная среда

1. Агар для прихотливых анаэробных бактерий (Fastidious Anaerobe Agar, FAA) с добавлением 5% механически дефибрированной лошадиной крови (без дополнительных добавок).

- Толщина агара должна составлять $4,0 \pm 0,5$ мм.
- При приготовлении чашек в лаборатории перед добавлением крови следует дождаться охлаждения среды до 42–45°C.
- Чашки, приготовленные в лаборатории следует хранить при 4–8°C в вентилируемых пакетах/контейнерах в защищенном от света месте. Срок хранения чашек должен быть установлен в рамках выполнения программы управления качеством в лаборатории. Ориентировочный срок хранения чашек 14 дней.
- Коммерческие готовые среды должны храниться в соответствии с рекомендациями производителя и использоваться в течение указанного срока годности.

е. Чашки с агаром FAA следует подсушивать перед использованием, так как лишняя влага может стать причиной формирования нечеткого края зоны подавления роста и вуалеобразного роста внутри зоны подавления. Для этого можно использовать одну из следующих процедур:

- подсушить чашки при 20–25°C в ночные часы или
- подсушить при 35°C в течение 15 минут с открытой крышкой; перед использованием чашки должны достичь комнатной температуры;
- при использовании чашек, хранившихся в пластиковых пакетах, может быть необходимым подсушить чашки сначала в соответствии с пунктом (i), затем в соответствии с пунктом (ii).

f. Не следует выдерживать чашки с агаром FAA в анаэробных условиях перед использованием.

2.12.2. Приготовление инокулюма

1. Стерильной бактериологической петлей или хлопковым тампоном необходимо собрать несколько морфологически идентичных колоний суточной культуры, выросшей на неселективном анаэробном агаре.

2. Суспендировать полученный материал в стерильном изотоническом растворе (0,85%) и тщательно перемешать до получения однородной мутности.

3. Довести плотность бактериальной суспензии до 1,0 (0,9–1,1) по стандарту мутности МакФарланда путем добавления в суспензию микробной массы или разбавления ее стерильным изотоническим раствором. Для измерения концентрации суспензии рекомендуется использовать фотометрические устройства.

4. Инокулюм следует нанести на поверхность агара в течение ≤ 15 мин после приготовления.

2.12.3. Инокуляция чашек с агаром

1. Погрузить стерильный хлопковый тампон в суспензию (1,0 по стандарту МакФарланда).

а. При работе с *Bacteroides* spp., чтобы избежать нанесения избыточного количества инокулюма, следует удалить излишки суспензии, вращательными движениями отжимая тампон о внутренние стенки пробирки.

2. Равномерно распределить инокулюм штриховыми движениями по всей поверхности агара в трех направлениях таким образом, чтобы между штрихами не осталось свободных промежутков.

а. Это особенно важно для видов, образующих мелкие колонии на агаре FAA, например, *Cutibacterium acnes*.

При соблюдении правил подготовки инокулюма и инокуляции чашек с агаром должен сформироваться равномерный сплошной слой бактериального роста (газон) и зона подавления роста, граница, которой имеет форму правильной окружности.

2.12.4. Нанесение дисков с антибиотиками

1. Требуемые концентрации антибиотиков в дисках представлены в таблицах пограничных значений и контроля качества (Часть I, раздел 1 и <http://www.eucast.org>).

2. Не следует открывать картриджи или контейнеры с дисками до достижения ими комнатной температуры.

3. Нанести диски на поверхность агара **в течение ≤ 15 мин** после инокуляции.

а. Контакт диска с агаром должен быть полным и плотным. После нанесения на поверхность агара диски нельзя передвигать, так как диффузия антибиотика в среду начинается очень быстро.

б. Количество дисков на одной чашке Петри должно быть ограниченным для предотвращения перекрытия зон подавления роста. Оптимально на чашку Петри диаметром 90 мм следует разместить 3 диска, для *Bacteroides* spp. – 4 диска.

2.12.5. Инкубация

1. Перед инкубацией следует перевернуть чашки дном вверх и убедиться, что диски не падают с поверхности агара. Начать инкубацию следует **не позже, чем через 15 минут** после нанесения дисков с антибиотиками.

2. Режим инкубации – анаэробные условия, 35–47°C, 16–20 ч.

а. Для создания анаэробных условий можно использовать анаэробные станции, контейнеры с газогенерирующими пакетами или газогенерирующие станции, такие как Anoxomat.

б. Продление инкубации (более 20 ч) не допускается. Это может привести к изменению размера зоны подавления роста и неправильному использованию критериев интерпретации.

2.12.6. Измерение зон подавления роста

1. При соблюдении правил подготовки инокулюма и инокуляции чашек с агаром должен сформироваться равномерный сплошной слой бактериального роста (газон).

Если сплошной газон не сформировался, необходимо повторить исследование или использовать метод определения МПК.

2. Измерение зон подавления роста проводят в отраженном свете. Чашку Петри помещают дном книзу, крышку снимают.

3. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления роста микроорганизмов, определяемую невооруженным глазом, при расположении чашки на расстоянии примерно 30 см от глаз, наклонив чашку под углом 45° к рабочей поверхности.

4. Измерение зон подавления роста необходимо проводить с точностью до миллиметра при помощи линейки или штангенциркуля.

а. Если край зоны подавления роста нечеткий, учет результатов проводится по наиболее четкой линии. При затруднительном определении края зоны учет результатов можно облегчить, поворачивая чашку в различных направлениях.

б. При формировании двойной зоны подавления роста, учет результатов проводят по внутреннему краю.

с. Не следует учитывать зону гемолиза и зону роения.

5. Изолированные колонии внутри зоны подавления роста следует принимать во внимание при измерении диаметра зоны. **Особенно важно тщательно изучить зону подавления роста на предмет формирования изолированных колоний при определении чувствительности к клиндамицину.**

6. Примеры учета результатов определения чувствительности к антибиотикам анаэробных бактерий диско-диффузионным методом с использованием агара FAA – см. рис. 1.28–1.32.

- *Bacteroides* spp.
- *Prevotella* spp.
- *Fusobacterium necrophorum*
- *Clostridium perfringens*
- *Cutibacterium acnes*

2.12.7. Контроль качества

1. Процедура контроля качества следует выполнять параллельно с определением чувствительности клинических изолятов.

а. Для контроля качества определения чувствительности используются контрольные штаммы *Bacteroides fragilis* ATCC 25285 и *Clostridium perfringens* ATCC 13124. Диапазоны допустимых значений и целевые значения для контрольных штаммов представлены в Таблицах 1.29 и 1.30.

б. Для контроля анаэробной атмосферы следует использовать контрольный штамм *Clostridium*



Рис. 1.28. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *Bacteroides* spp.

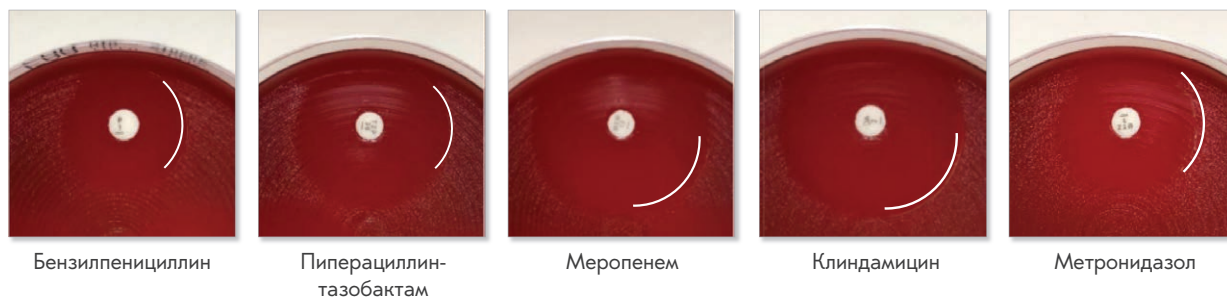


Рис. 1.29. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *Prevotella* spp.

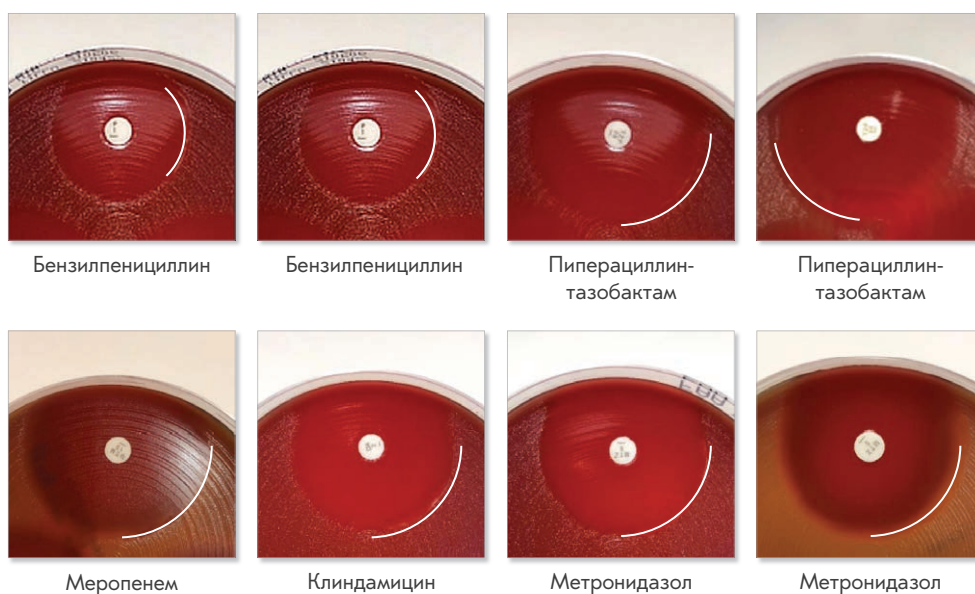


Рис. 1.30. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *Fusobacterium necrophorum*

perfringens DSM 25589 и диск с метронидазолом 5 мкг. Данная комбинация является наиболее чувствительным индикатором анаэробных условий. Неадекватная анаэробная атмосфера может повлиять на рост анаэробных бактерий и результаты определения чувствительности. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности представлены в Таблице 1.31.

2.12.8. Возможные источники ошибок

1. Для получения корректных результатов определения чувствительности необходимо строго следовать протоколу исследования. Возможно несколько причин получения ненадлежащих результатов исследования контрольных штаммов.

Рекомендации по выявлению причин несоответствий

- Питательная среда

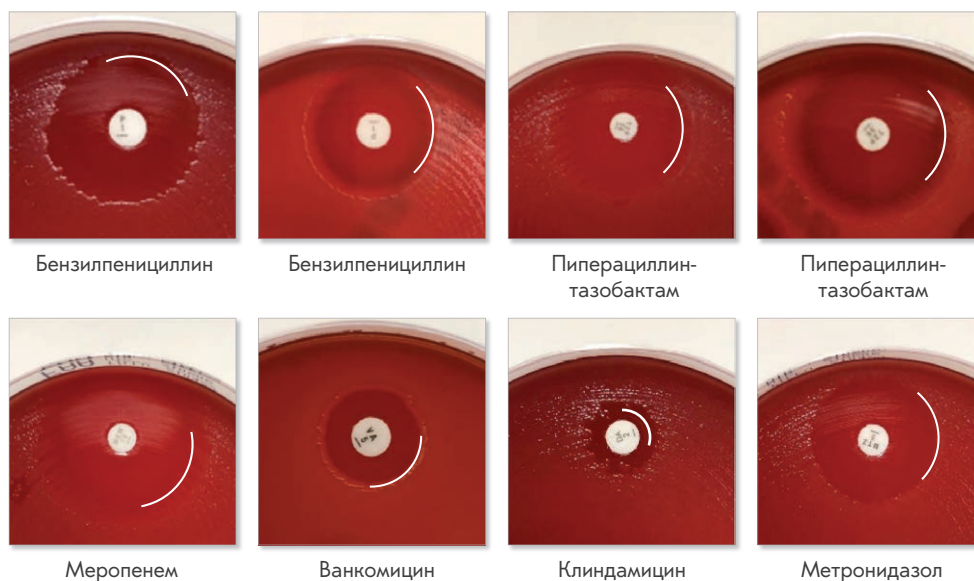


Рис. 1.31. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *Clostridium perfringens*



Рис. 1.32. Учет зон подавления роста при определении чувствительности *Cutibacterium acnes*

C. acnes образует мелкие колонии на агаре для прихотливых анаэробных бактерий (FAA). Слабый рост может быть причиной недостаточного контраста при измерении зон подавления роста.

- i. Следует убедиться в соблюдении инструкции по приготовлению агара FAA.
 - ii. Толщина слоя агара не соответствует допустимой величине – $4,5 \pm 0,5$ мм. Целевое значение толщины агара – 4,5. Допустимая погрешность $\pm 0,5$ мм может являться причиной случайных, но не систематических отклонений.
- б. Инокуляция чашек
- i. Необходимо обеспечить равномерное распределение инокулюма по всей поверхности агара и отсутствие промежутков между штрихами. Это особенно важно для штаммов, формирующих мелкие колонии на агаре FAA, таких как *Cutibacterium acnes*.
 - ii. При исследовании *Bacteroides* spp. важно обращать внимание на удаление излишков бактериальной суспензии (инокулюма) путем отжимания тампона о внутренние стенки пробирки.
- с. Диски с антибиотиками
- i. Для предотвращения перекрытия зон подавления роста и обеспечения беспрепятственного роста следует использовать ограниченное количество дисков на чашке Петри. Для большинства видов анаэробных бактерий и антибиотиков на круглую чашку Петри диаметром 90 мм следует размещать 3 диска.
 - ii. Следует убедиться в соблюдении надлежащих условий хранения дисков с антибиотиками. Картриджи с дисками нельзя открывать до достижения ими комнатной температуры.

d. Инкубация

- i. Необходимо регулярно проводить контроль анаэробной атмосферы независимо от метода ее получения.

При использовании анаэробных станций для контроля анаэробной атмосферы требуется регулярное техническое обслуживание и технический контроль. На атмосферу и температуру внутри станции могут влиять частота загрузки и выгрузки чашек, а также количество чашек, находящихся внутри станции.

При использовании контейнеров для создания анаэробных условий следует убедиться в их герметичности.

Пограничные значения EUCAST и диапазоны допустимых значений валидированы только для 16–20 ч инкубации.

Продленная инкубация не допускается, так как может значительно повлиять на размер зоны подавления роста.

- e. Измерение зон подавления роста

- i. Необходимо строго следовать вышеизложенным рекомендациям по измерению зон подавления роста для анаэробных бактерий. Иллюстрации с примерами измерения зон подавления роста приведены в Руководстве по учету результатов по определению чувствительности диско-диффузионным методом для анаэробных бактерий с использованием агара FAA.

2.12.9. Критерии контроля качества диско-диффузионного метода для определения чувствительности к антибиотикам с использованием агара для прихотливых анаэробных бактерий (FAA)

Таблица 1.29. Целевые и допустимые диапазоны значений диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Bacteroides fragilis* ATCC 25285 (NCTC 9343, DSM 2151, CCUG 4856T)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для анаэробных бактерий (агар FAA). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Амоксициллин-клавулановая к-та ^{3,4}	0,125	0,06–0,25	2–1	26	23–29
Ампициллин-сульбактам ^{4,5}	0,25	0,125–0,5	10–10	31	28–34
Клиндамицин	1	0,5–2	2	25	22–28
Эртапенем	0,125	0,06–0,25	10	36	33–39
Имипенем	0,06	0,03–0,125	10	41	38–44
Меропенем	0,06–0,125	0,03–0,25	10	35–36	32–39
Метронидазол	0,5	0,25–1	5	32–33	29–36
Пиперациллин-тазобактам ^{4,6}	0,25	0,125–0,5	30–6	32	29–35

¹ Рассчитано EUCAST.

² Установлено и одобрено EUCAST. Критерии CLSI для метода разведений в агаре (Бруцелла Агар) (CLSI, M100-S33, 2023) использовались в качестве референтных для разработки критериев EUCAST.

³ Для определения МПК используется фиксированная концентрация амоксициллина-клавулановой кислоты 2 мг/л. Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

⁴ *B. fragilis* ATCC 25285 является продуцентом бета-лактамазы. Для контроля бета-лактаманного компонента следует использовать *S. perfringens* ATCC 13124.

⁵ Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама 4 мг/л.

⁶ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

Таблица 1.30. Целевые и допустимые диапазоны значений диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Clostridium perfringens* ATCC 13124 (NCTC 8237, CIP 103409, DSM 756, CCUG 1795T, СЕСТ 376 T)

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для анаэробных бактерий (агар FAA). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Амоксициллин	0,016–0,03	0,008–0,06	–	–	–
Амоксициллин-клавулановая к-та ^{3,4}	0,016–0,03	0,008–0,06	2–1	31	28–34
Ампициллин	0,016–0,03	0,008–0,06	2	31–32	28–35
Ампициллин-сульбактам ^{4,5}	0,016–0,03	0,008–0,06	10–10	35	23–29
Бензилпенициллин	0,06	0,03–0,125	1 ЕД	25	22–28
Цефотаксим	–	–	5	29–30	26–33

АМП	МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Диаметр зоны подавления роста (мм)	
	Целевые значения ¹	Допустимые значения ²		Целевые значения ¹	Допустимые значения ²
Цефтриаксон	Ва	Ва	30	33–34	30–37
Клиндамицин	0,06	0,03–0,125	2	23	20–26
Эртапенем	Ва	Ва	10	34	31–37
Имипенем	Ва	Ва	10	34	31–37
Линезолид	4	2–8	10	24	21–27
Меропенем	0,008	0,004–0,016	10	36	33–39
Метронидазол	2	1–4	5	23	20–26
Пиперациллин-тазобактам ^{4,6}	0,03–0,06	0,016–0,125	30–6	32	29–35
Ванкомицин	1	0,5–2	5	17	14–20

¹ Рассчитано EUCAST.

² Установлено и одобрено EUCAST.

³ Для определения МПК используется фиксированная концентрация амоксициллина-клавулановой кислоты 2 мг/л.

⁴ *S. perfringens* ATCC 13124 не продуцирует бета-лактамазу. Для контроля ингибирующего компонента следует использовать *B. fragilis* ATCC 25285.

⁵ Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама 4 мг/л.

⁶ Для определения МПК используется фиксированная концентрация тазобактама 4 мг/л.

2.12.10. Контроль анаэробных условий при определении чувствительности анаэробных бактерий диско-диффузионным методом с использованием агара FAA

Контрольные исследования выполняются в соответствии с методологией EUCAST для анаэробных бактерий (агар FAA). Краткое описание методологии см. Раздел 2. Таблицы пограничных значений.

Таблица 1.31. Целевые и допустимые диапазоны значений диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Clostridium perfringens* DSM 25589 (NCTC 14679, CCUG 75076)

Антимикробный препарат	Содержание антибиотика в диске (мкг)	Пороговое значение ¹
Метронидазол	5	< 25

¹ Диаметр зоны подавления роста < 25 мм свидетельствует об отсутствии адекватных анаэробных условий. Это может существенно повлиять на рост и результаты определения чувствительности анаэробных бактерий.

Литература

1. European Committee for Antimicrobial Susceptibility Testing of the European Society of Clinical, M., and Infectious, D. (2000). Terminology relating to methods for the determination of susceptibility of bacteria to antimicrobial agents. *Clinical Microbiology and Infection* 6, 503–508.
2. Turnidge, J., Kahlmeter, G., and Kronvall, G. (2006). Statistical characterisation of bacterial wild-type MIC value distributions and the determination of epidemiological cut-off values. *Clin Microbiol Infect* 12, 418–425.
3. ISO 20776–1 (2019) “Clinical laboratory testing and *in vitro* diagnostic test systems – Susceptibility testing of infectious agents and evaluation of performance of antimicrobial susceptibility test devices – Part 1. Broth micro-dilution reference method for testing the *in vitro* activity of antimicrobial agents against rapidly growing aerobic bacteria involved in infectious diseases
4. Национальный Стандарт ГОСТ Р ИСО 20776–1–2022 Клинические лабораторные исследования и диагностические тест-системы *in vitro*. Исследование чувствительности инфекционных агентов и оценка функциональных характеристик изделий для исследования чувствительности к антимикробным средствам. Часть 1. Референтный метод лабораторного исследования активности антимикробных агентов против быстрорастущих аэробных бактерий, вызывающих инфекционные болезни.
5. ISO 20776–2 (2021). Clinical laboratory testing and *in vitro* diagnostic test systems – Susceptibility testing of infectious agents and evaluation of performance of antimicrobial susceptibility test devices – Part 2: Evaluation of performance of antimicrobial susceptibility test devices against reference broth micro-dilution.
6. Media preparation for EUCAST disk diffusion testing and for determination of MIC values by the broth microdilution method. Version 7.0 January 2022. https://www.eucast.org/ast_of_bacteria/
7. Antimicrobial susceptibility testing. EUCAST disk diffusion manual. Version 13.0. January 2025. https://www.eucast.org/ast_of_bacteria/
8. EUCAST disk diffusion method for antimicrobial susceptibility testing. Slide show. Version 13.0. January 2025. https://www.eucast.org/ast_of_bacteria/
9. EUCAST disk diffusion method for antimicrobial susceptibility testing. Reading guide. Version 11.0. January 2025. https://www.eucast.org/ast_of_bacteria/
10. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Routine and extended internal quality control for MIC determination and disk diffusion as recommended by EUCAST. Version 15.0, 2025. <http://www.eucast.org>
11. EUCAST disk diffusion methodology for rapidly growing anaerobic bacteria with QC v 2.0 2023. <http://www.eucast.org>
12. Disk diffusion Anaerobes Reading Guide Version 2.0, 2023 <http://www.eucast.org>

Раздел 2. Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Соответствуют критериям EUCAST, версия 16.0, действует с 01.01.2026.

Дополнения и изменения относительно документа EUCAST (версия 16.0) выделены синим цветом.

2.1. Пояснения

1. Интерпретационные таблицы содержат пограничные значения МПК и соответствующие им пограничные значения диаметров зон подавления роста. Таблицы включают исправленные опечатки, пояснения, пограничные значения для новых препаратов и/или микроорганизмов, пересмотренные пограничные значения МПК и пересмотренные и новые пограничные значения диаметров зон подавления роста. Ячейки, содержащие изменения по отношению к предыдущей версии, выделены желтым цветом. Впервые добавленные или пересмотренные комментарии выделены подчеркиванием. Удаленные комментарии показаны с помощью перечеркнутого шрифта. Дополнения и изменения относительно документа EUCAST (версия 16.0) выделены синим цветом.

2. Информация по использованию, ограничениям использования ФК/ФД точек отсечения при установлении пограничных значений описаны отдельно в таблице «ФК/ФД точки отсечения».

3. Примечания, обозначенные цифрами, относятся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Примечания, обозначенные буквами, относятся к диско-диффузионному методу.

4. Названия антибиотиков, выделенные синим цветом шрифта, являются гиперссылками на пояснительные документы EUCAST. Подчеркнутые и выделенные синим цветом пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста являются гиперссылками на разделы сайта, содержащий базу данных EUCAST по распределению МПК и диаметров зон подавления роста.

5. Данный раздел также представлен в виде файла Excel, удобного для просмотра. Реализация всех функций файла Excel®, возможна только при использовании оригинального программного обеспечения Microsoft. Использование файла Excel дает возможность пользователям изменить таблицы в соответствии с перечнем антибиотиков, используемых в лаборатории. Содержание отдельных ячеек не может быть изменено. Для того чтобы скрыть строку, следует выделить соответствующую строку, нажать на правую кнопку мыши и выбрать «Скрыть» из выпадающего списка. Для того, чтобы скрыть столбец, следует выполнить те же действия, выделив соответствующий столбец.

6. Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста используются для оценки результата по одной из трех категорий чувствительности:

- **С** – **Чувствительный при стандартном режиме дозирования:** микроорганизм оценивается как «Чувствительный при стандартном режиме дозирования» в том случае, если уровень активности антимикробного препарата свидетельствует о высокой вероятности эффективности терапии при стандартном режиме дозирования.
- **У** – **Чувствительный при увеличенной экспозиции:** микроорганизм оценивается как «Чувствительный при увеличенной экспозиции»*, если уровень активности препарата свидетельствует о высокой вероятности эффективности терапии при увеличении экспозиции препарата путем коррекции режима дозирования или благодаря его концентрации в очаге инфекции.
- **Р** – **Резистентный:** микроорганизм оценивается как «Резистентный» при высокой вероятности терапевтической неудачи даже при увеличенной экспозиции препарата.

7. Если не указано обратное, пограничные значения применимы при всех показаниях. Информацию по видам и антимикробным препаратам при эндокардите см. <https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/>.

8. «-» в таблицах пограничных значений указывает на то, что антимикробный препарат не применяется для лечения инфекций, вызванных данным микроорганизмом или группой микроорганизмов. Не следует проводить определение чувствительности. При необходимости оценки результата, оцените как резистентный без предшествующего исследования.

9. «НД» – не получено убедительных доказательств эффективности терапии инфекции, вызванной данным микроорганизмом. В таких ситуациях следуйте рекомендациям «Когда нет пограничных значений» (<https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments>).

10. Скрининговый тест предполагает использование одного антимикробного препарата для предсказания резистентности или чувствительности к одному или более антимикробным препаратам того же класса. Скрининговые тесты обычно бывают более чувствительными и/или надежными по сравнению с определе-

* Экспозиция отражает зависимость влияния антимикробного препарата на возбудителя в очаге инфекции от пути введения, дозы, интервала дозирования, продолжительности инфузии препарата, а также его распределения и пути выведения.

нием чувствительности к индивидуальному препарату. Использование скрининговых тестов часто уменьшает количество необходимых исследований при определении чувствительности, так как обеспечивает прогнозирование чувствительности и/или резистентности к нескольким препаратам. Рекомендации по дальнейшим действиям в зависимости от результатов скринингового теста описаны в столбце Примечание для каждого скринингового теста.

- **Отрицательный скрининговый тест:** значение МПК используемого для скрининга препарата меньше или равно или значение диаметра зоны подавления роста больше или равно пограничному значению для чувствительных штаммов. Не выявлено механизмов резистентности к исследуемому классу антимикробных препаратов.
- **Положительный скрининговый тест:** значение МПК используемого для скрининга препарата больше или значение диаметра зоны подавления роста меньше пограничного значения для резистентных штаммов. Выявлены механизмы резистентности к исследуемому классу антимикробных препаратов.

11. ESOFF (эпидемиологическая точка отсечения) это наибольшее значение МПК (или наименьшее значение диаметра зоны подавления роста) микроорганизма, не имеющего фенотипически выявляемых приобретенных механизмов резистентности, к препарату. Пограничные значения, приведенные в скобках, основаны на значениях ESOFF для соответствующих видов. Они используются для разграничения между микроорганизмами, обладающими и не обладающими приобретенными механизмами резистентности. Значения ESOFF не позволяют прогнозировать клиническую чувствительность, но в некоторых ситуациях и/или при комбинировании с другими активными антимикробными препаратами, возможность терапии может быть рассмотрена.

12. Пограничные значения, указанные в скобках, разграничивают изоляты, обладающие и не обладающие фенотипически определяемыми механизмами резистентности. Эти пограничные значения основаны на ESOFF, но так как могут использоваться более чем для одного вида, это значение может отражать наибольшее соответствие. Клинических доказательств эффективности монотерапии для таких препаратов недостаточно, однако по отдельным показаниям или в комбинации с другими активными препаратами или мерами они могут использоваться. Резистентные изоляты следует оценивать как R (резистентный). Если результат определения чувствительности соответствует категории Ч или У, необходимо добавить комментарий, содержащий указанное выше предостережение.

13. Пограничное значение МПК для категории $Ч \leq 0,001$ мг/л – произвольное, выходящее за пределы шкалы измерений пограничное значение (и соответствующее ему значение диаметра зоны подавления роста « $Ч \geq 50$ мм»), которое позволяет оценить микроорганизмы

«дикого типа» (микроорганизмы, не имеющие фенотипически выявляемых приобретенных механизмов резистентности к препарату) как «Чувствительные при увеличенной экспозиции» (У). Результаты определения чувствительности для этих комбинаций микроорганизм-антибиотик никогда не оцениваются как «Чувствительный при стандартном режиме дозирования» (Ч).

14. Результат определения чувствительности отдельных комбинаций микроорганизм-антибиотик может оказаться в диапазоне значений, которые невозможно интерпретировать однозначно. Такая ситуация определяется в настоящее время как «Зона технической неопределенности» (ЗТН). ЗТН представляет собой значение МПК и/или интервал значений диаметров зон подавления роста, при которых клиническая интерпретация является сомнительной. Более подробная информация о ЗТН и рекомендуемых действиях при получении результатов, соответствующих ЗТН, см. лист «Техническая неопределенность».

15. Для упрощения чтения таблиц, значения для категории «Чувствительный при увеличенной экспозиции» (У) не приводятся. К категории «У» относятся значения, находящиеся в интервале между пограничными значениями Ч и R. Например, пограничные значения МПК приведены как $Ч \leq 1$ мг/л и $R > 8$ мг/л; в этом случае категории «Чувствительный при увеличенной экспозиции» будут соответствовать значения МПК 2–8 (формально > 1 –8) мг/л; для диаметров зон подавления роста $Ч \geq 22$ мм и $R < 18$ мм, категории «Чувствительный при увеличенной экспозиции» соответствуют значения 18–21 мм.

16. При определении чувствительности *Escherichia coli* к фосфомицину, *Stenotrophomonas maltophilia* к триметоприму-сульфаметоксазолу, *S. aureus* к бензилпенициллину, энтерококков к ванкомицину, *Aeromonas* spp., *Achromobacter xylosoxidans* и *Burkholderia pseudomallei* к триметоприму-сульфаметоксазолу и для всех случаев определения чувствительности анаэробных бактерий для корректной интерпретации результатов диско-диффузионного метода крайне важно следовать особым правилам учета результатов. Для этого в конце соответствующих таблиц приведены фотографии, иллюстрирующие примеры учета результатов. Общие и некоторые частные инструкции по учету результатов приведены в Части I, раздел I.

17. Для определения МПК в отношении непривередливых микроорганизмов, за некоторым исключением, рекомендуется использовать референтный метод микроразведений в бульоне в соответствии с международным стандартом ISO. Для привередливых микроорганизмов следует пользоваться той же методологией, но с использованием бульона МХ-П (бульон Мюллера-Хинтон с добавлением лизированной лошадиной крови и бета-НАД), см. Часть I, раздел I. Точность коммерчески доступных суррогатных методов определения МПК является ответственностью производителя, а контроль качества получаемых результатов – ответственностью пользователя.

18. Согласно международной конвенции для определения МПК используются последовательные двукратные разведения, выше и ниже концентрации 1 мг/л. При этом концентрации ниже 0,25 мг/л выражаются дробными числами с множеством десятичных знаков. Во избежание использования таких чисел в Рекомендациях используется следующий формат (выделены жирным шрифтом): 0,125→**0,125**, 0,0625→**0,06**, 0,03125→**0,03**, 0,015625→**0,016**, 0,0078125→**0,008**, 0,00390625→**0,004** и 0,001953125→**0,002** мг/л.

19. Используемые вместе с пограничными значениями EUCAST определения инфекций мочевых путей, основаны на классификациях ИМП Европейской ассоциации урологов (EAU) и Американского общества инфекционных заболеваний (IDSA):

Цистит (неосложненные инфекции с локализацией в мочевом пузыре у пациентов без факторов риска): острые, спорадические или рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей (неосложненные циститы) у пациентов, не имеющих симптомов системной инфекции при отсутствии известных значимых анатомических и функциональных нарушений мочевых путей или сопутствующих заболеваний.

Источник инфекции – мочевые пути: инфекции, происходящие из мочевых путей, но не ограничивающиеся ими, включая острый пиелонефрит и инфекции кровотока, кроме тяжелого сепсиса. Для пероральных препаратов пограничные значения применимы при тяжелых инфекциях и для пероральной ступенчатой терапии.

Аббревиатура

НП – не применимо

Ва – в процессе валидации

Рекомендации по использованию таблиц пограничных значений

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ISO 20776-1)

Питательная среда:
Инокулюм:
Инкабация:
Учет результатов:
Контроль качества:

Параметры определения МПК и рекомендации по проведению контроля качества по методологии EUCAST

Диско-диффузионный метод (стандартизованный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда:
Инокулюм:
Инкабация:
Учет результатов:
Контроль качества:

Параметры диско-диффузионного метода для определения чувствительности и рекомендации по проведению контроля качества по методологии EUCAST

Если в строке содержится название вида, пограничные значения, указанные в ней, применимы только для представителей этого вида (в данном примере – только для *S. aureus*)

Произвольное значение за пределами шкалы изменений для оценки микроорганизмов «дикого типа» как «Чувствительные при увеличенной экспозиции (У)».

Значения для категории У не указаны. К категории У относятся значения, находящиеся в интервале между пограничными значениями категориями Ч и Р. Если пограничные значения категориями Ч и Р равны, то категории У не существует.
Антибиотик А: нет категории У
Антибиотик В: У: 4 мг/л, 23–25 мм
Антибиотик Н: У: 1–2 мг/л, 24–29 мм

Зона технической неопределенности
См. специальную информацию по оценке технической неопределенности при определении чувствительности к антибиотикам.

Антимикробный препарат	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Антимикробный препарат А	1 ¹	1 ¹	X	20 ^A	20 ^A	1. Примечание, являющееся общим комментарием и/или относящееся к пограничным значениям МПК. 2. Новый комментарий Удаленный комментарий А. Комментарий для пограничных значений ДДМ
Антимикробный препарат В	2 ²	4	Y	26	23	
Антимикробный препарат С	0,001	8	X	50	18	
Антимикробный препарат D, <i>S. aureus</i>	НД	НД	НД	НД	НД	
Антимикробный препарат E	-	-	-	-	-	
Антимикробный препарат F	Ва	Ва	Ва	Ва	Ва	
Антимикробный препарат G (только скрининг)	НП	НП	Y	25	25	
Антимикробный препарат H	0,5	2	Z	30	24	
Антимикробный препарат I	(8) ¹	(8) ¹	30	(18) ^A	(18) ^A	

Скрининговый тест используется для прогнозирования резистентности или чувствительности к одному или более антимикробным препаратам того же класса

Гиперссылки на сайт, содержащий данные по распределению значений МПК, выделены синим цветом

Не применимо (только пограничное значение для скрининга диско-диффузионным методом)

Изменения по сравнению с предыдущей версией выделены желтым цветом

Пограничные значения не определены. Определение чувствительности проводится не рекомендуется

Гиперссылки на пояснительные документы EUCAST, выделены синим цветом

Пограничные значения, приведенные в скобках, используются для дифференциации микроорганизмов, обладающих и не обладающих приобретенными механизмами резистентности (см. Пояснения)

Не получено убедительных доказательств эффективности терапии инфекции, вызванной данным микроорганизмом или группой микроорганизмов

В процессе валидации

Гиперссылки на сайт, содержащий данные по распределению значений диаметров зон подавления роста, выделены синим цветом

Таблица 2.1. Режимы дозирования, использованные при установлении клинических пограничных значений

Пограничные значения EUCAST установлены с учетом нижеследующих режимов дозирования антимикробных препаратов. Данные режимы дозирования одобрены Европейским медицинским агентством (European Medicines Agency, EMA). Альтернативные режимы дозирования могут обеспечивать эквивалентную экспозицию. Данная информация не должна рассматриваться как исчерпывающее руководство для выбора режима дозирования в клинической практике и не заменяет конкретные локальные, национальные или региональные рекомендации по дозированию. Дозы могут варьировать в зависимости от показаний. Однако, если национальная практика значительно отличается от перечисленного ниже, пограничные значения EUCAST могут оказаться не применимыми. Ситуации, когда используются меньшие стандартные и высокие дозы антибиотиков, должны обсуждаться на локальном или региональном уровнях. Информация о пограничных значениях EUCAST и режимах дозирования в особых ситуациях и при инфекциях в очагах, сложных для антимикробной терапии, приведена под таблицей «Режимы дозирования».

Неосложненные ИМП: острые спорадические и рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей (неосложненные циститы) при отсутствии значимых известных анатомических или функциональных нарушений мочевых путей или сопутствующих заболеваний.

Пенициллины	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Бензилпенициллин	0,6 г (1 млн ЕД) × 4 в/в	1,2 г (2 млн ЕД) × 6 в/в		Менингит: 2, 4 г (4 млн ЕД) × 6 в/в
Ампициллин	2 г × 3 в/в	2 г × 4 в/в		Менингит: 2 г × 6 в/в
Ампициллин-сульбактам в/в	(2 г ампициллина + 1 г сульбактама) × 3 в/в	(2 г ампициллина + 1 г сульбактама) × 4 в/в		
Ампициллин-сульбактам перорально	Нет	Нет	0,75 г × 2 внутрь	
Амоксициллин в/в	1 г × 3–4 в/в	2 г × 6 в/в		Менингит: 2 г × 6 в/в
Амоксициллин перорально	0,5 г × 3 внутрь	0,75 г – 1 г × 3 внутрь	0,5 г × 3 внутрь	-
Амоксициллин-клавулановая кислота в/в	(1 г амоксициллина + 0,2 г клавулановой кислоты) × 3–4 в/в	(2 г амоксициллина + 0,2 г клавулановой кислоты) × 3 в/в		
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально	(0,5 г амоксициллина + 0,125 г клавулановой кислоты) × 3 внутрь	(0,875 г амоксициллина + 0,125 г клавулановой кислоты) × 3 внутрь	(0,5 г амоксициллина + 0,125 г клавулановой кислоты) × 3 внутрь	Для оценки чувствительности к амоксициллину-клавулановой кислоте установлены разные пограничные значения для системных инфекций и неосложненных ИМП. При формировании ответа о чувствительности к амоксициллину-клавулановой кислоте при цистите должно быть четко указано, что категория чувствительности применима только при цистите.
Пиперациллин	4 г × 4 в/в	4 г × 4 в/в в виде продленной инфузии в течение 3 ч		Высокая доза при более серьезных инфекциях.
Пиперациллин-тазобактам	(4 г пиперациллина + 0,5 г тазобактама) × 4 в/в или 3 в/в в виде продленной инфузии в течение 4 ч	(4 г пиперациллина + 0,5 г тазобактама) × 4 в/в в виде продленной инфузии в течение 3 ч		Более низкая доза (4 г пиперациллина + 0,5 г тазобактама) × 3 в/в является адекватной при лечении некоторых инфекций, таких как ИМП, интраабдоминальные инфекции, «диабетическая стопа»), но не для инфекций, вызванных изолятами, резистентными к цефалоспорином III поколения.
Тикарциллин-клавулановая кислота	(3 г тикарциллина + 0,1–0,2 г клавулановой кислоты) × 4 в/в	(3 г тикарциллина + 0,1 г клавулановой кислоты) × 6 в/в		-
Темоциллин	2 г × 2 в/в	2 г × 3 в/в		Режим дозирования 2 г × 2 в/в используется для лечения цистита, вызванных бактериями, имеющими механизмы резистентности к бета-лактамам.
Феноксиметилпенициллин	0,5–2 г × 3–4 внутрь в зависимости от вида мо и/или типа инфекции	Нет		
Оксациллин	1 г × 4 в/в	Доза зависит от показаний		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Пенициллины	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Клоксациллин	0,5 г × 4 внутрь или 1 г × 4 в/в	Доза зависит от показаний		Менингит: 2 г × 6 в/в
Диклоксациллин	0,5–1 г × 4 внутрь или 1 г × 4 в/в	Доза зависит от показаний		
Флуоксациллин	1 г × 3 внутрь или 2 г × 4 в/в (или 1 г × 6 в/в)	Доза зависит от показаний		Менингит: 2 г × 6 в/в
Мециллинам перорально (пивмециллинам)	Нет	Нет	0,2–0,4 г × 3 внутрь	

Цефалоспорины	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Цефаклор	0,25–0,5 г × 3 внутрь в зависимости от вида мо и/или типа инфекции	1 г × 3 внутрь		<i>S. aureus</i> : минимальная доза 0,5 г × 3 внутрь
Цефадроксил	0,5–1 г × 2 внутрь	Нет	0,5–1 г × 2 внутрь	
Цефалексин	0,25–1 г × 2–3 внутрь	Нет	0,25–1 г × 2–3 внутрь	
Цефазолин	1 г × 3 в/в	2 г × 3 в/в		<i>S. aureus</i> : только высокая доза
Цефепим	1 г × 3 в/в или 2 г × 2 в/в	2 г × 3 в/в		Серьезные инфекции, вызванные <i>P. aeruginosa</i> : 2 г × 3 в виде продленной 4-часовой инфузии <i>S. aureus</i> : только высокая доза
Цефепим-сульбактам	(1 г + 1 г сульбактама) × 3 в/в или 2 г цефепима + 2 г сульбактама) × 2 в/в ¹	(2 г цефепима + 2 г сульбактама) × 3 в/в ²		1. Инструкция по применению лекарственного препарата Цефепим+[Сульбактам]. 2018. https://grrs.rosminzdrav.ru/Grrs_View_v2.aspx?routingGuid=28b026b9-e979-4e34-a829-cc96912b78a7&t=target= 2. Методические рекомендации Российской общественной организации «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов», Общественной организации «Российский Сепсис Форум», Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), Межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов». Диагностика и антимикробная терапия инфекций, вызванных полирезистентными штаммами микроорганизмов (Обновление 2024 г.). https://www.vair-journal.com/jour/article/view/1211/797 Превышение максимальной суточной дозы должно быть оформлено решением врачебной комиссии.
Цефепим-энментазобактам (ИМП)	(2 г цефепима + 0,5 г энментазобактама) × 3 в/в в течение 2 ч			
Цефепим-энментазобактам (нозокомиальная пневмония, включая вентилятор-ассоциированную пневмонию)	(2 г цефепима + 0,5 г энментазобактама) × 3 в/в в течение 4 ч			
Цефидерокол	2 г × 3 в/в в течение 3 ч	Нет		-
Цефиксим	0,2–0,4 г × 2 внутрь	Нет	0,2–0,4 г × 2 внутрь	Неосложненная гонорея : 0,4 г внутрь однократно
Цефотаксим	1 г × 3 в/в	2 г × 3 в/в		Менингит : 2 г × 4 в/в <i>S. aureus</i> : только высокая доза
Цефподоксим	0,1–0,2 г × 2 внутрь	Нет	0,1–0,2 г × 2 внутрь	
Цефтаролин	0,6 г × 2 в/в в течение 1 часа	0,6 г × 3 в/в в течение 2 часов		<i>S. aureus</i> при осложненных инфекция кожи и подкожных структур : имеются отдельные ФК/ФД доказательства возможной эффективности цефтаролина в высокой дозе при лечении инфекций, вызванных изолятами с МПК 4 мг/л.

Цефалоспорины	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Цефтазидим	1 г × 3 в/в	2 г × 3 в/в или 1 г × 6 в/в		-
Цефтазидим-авибактам	(2 г цефтазидима + 0,5 г авибактама) × 3 в/в в течение 2 часов			
Цефтибутен	0,4 г × 1 внутрь	Нет		
Цефтобипрол	0,5 г × 3 в/в в течение 2 часов	Нет		
Цефтолозан-тазобактам (интра-абдоминальные инфекции и ИМП)	(1 г цефтолозана + 0,5 г тазобактама) × 3 в/в в течение 1 часа	Нет		
Цефтолозан-тазобактам (нозокомиальная пневмония, включая вентилятор-ассоциированную пневмонию)	(2 г цефтолозана + 1 г тазобактама) × 3 в/в в течение 1 часа	Нет		
Цефтриаксон	2 г × 1 в/в	2 г × 2 в/в или 4 г 1 в/в		Менингит: 2 г × 2 в/в или 4 г × 1 в/в S. aureus: только высокая доза Неосложненная гонорея: 0,5–1 г в/м однократно
Цефуросим в/в	0,75 г × 3 в/в	1,5 г × 3 в/в		S. aureus: только высокая доза
Цефуросим перорально	0,25 г × 2 внутрь	0,5 г × 2 внутрь	0,25 г × 2 внутрь	

Карбапенемы	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Дорипенем	0,5 г × 3 в/в в течение 1 ч	1 г × 3 в/в в течение 1 ч		Для лечения НП/НП-ИВЛ*, вызванной грамотрицательными неферментирующими бактериями (<i>Pseudomonas</i> spp. и <i>Acinetobacter</i> spp.) следует использовать режим дозирования 1 г × 3 в/в в течение 4 ч
Эртапенем	1 г × 1 в/в в течение 30 минут	Нет		
Импипенем	0,5 г × 4 в/в в течение 30 минут	1 г × 4 в/в в течение 30 минут		-
Импипенем-релебактам	(0,5 г импипенема + 0,25 г релебактама) × 4 в/в в течение 30 минут	Нет		-
Меропенем	1 г × 3 в/в в течение 30 минут	2 г × 3 в/в в течение 3 часов		Менингит: 2 г × 3 в/в в течение 30 минут (или 3 часов)
Меропенем-ваборбактам	(2 г меропенема + 2 г ваборбактама) × 3 в/в в течение 3 часов			-
Биапенем	0,6 г × 2–3 в/в (в течение 3 ч)	1 г × 3 в/в (в течение 3 ч)		1. Методические рекомендации Российской общественной организации «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов», Общественной организации «Российский Сепсис Форум», Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), Межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов». Диагностика и антимикробная терапия инфекций, вызванных полирезистентными штаммами микроорганизмов (Обновление 2024 г.). https://www.vair-journal.com/jour/article/view/1211/797 Согласно мнению экспертов – доза 0,3 г × 2 р – недостаточна для достижения терапевтического эффекта. Превышение максимальной суточной дозы должно быть оформлено решением врачебной комиссии.

* НП/НП-ИВЛ – нозокомиальная пневмония / нозокомиальная пневмония, связанная с ИВЛ

Монобактамы	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Азтреонам	1 г × 3 в/в	2 г × 4 в/в		Серьезные инфекции, вызванные <i>P. aeruginosa</i>: 2 г × 3 в виде продленной 3-часовой инфузии
Азтреонам-авибактам	(2 г азтреонама+ 0,67 г авибактама) × 1, затем (1,5 г азтреонама + 0,5 г авибактама) × 4 в/в в течение 3 ч			
Фторхинолоны	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Ципрофлоксацин	0,5 г × 2 внутрь или 0,4 г × 2 в/в	0,75 г × 2 внутрь или 0,4 г × 3 в/в		Менингит: 0,4 г × 3 в/в
Делафлоксацин	0,45 г × 2 внутрь или 0,3 г 2 в/в	Нет		-
Левифлоксацин	0,5 г × 1 внутрь или 0,5 г × 1 в/в	0,5 г × 2 внутрь или 0,5 г × 2 в/в		
Моксифлоксацин	0,4 г × 1 внутрь или 0,4 г × 1 в/в	Нет		Менингит: 0,4 г × 1 в/в
Норфлоксацин	Нет	Нет	0,4 г × 2 внутрь	
Офлоксацин	0,2 г × 2 внутрь или 0,2 г × 2 в/в	0,4 г × 2 внутрь или 0,4 г × 2 в/в		-
Аминогликозиды	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Амикацин	25–30 мг/кг × 1 в/в	Нет		-
Гентамицин	6–7 мг/кг × 1 в/в	Нет		-
Нетилмицин	6–7 мг/кг × 1 в/в	Нет		-
Тобрамицин	6–7 мг/кг × 1 в/в	Нет		-
Гликопептиды и липопептиды	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Далбаванцин	1 г × 1 в/в в течение 30 минут в 1-й день При необходимости 0,5 г × 1 в/в в течение 30 минут на 8-й день	Нет		
Оритаванцин	1,2 г × 1 (однократно) в/в в течение 3 часов	Нет		
Тейкопланин	0,4 г × 1 в/в	Дозы зависят от показаний		
Телаванцин	10 мг/кг × 1 в/в в течение 1 часа	Нет		
Ванкомицин	0,5 г × 4 в/в или 1 г × 2 в/в или 2 г × 1 в виде продленной инфузии	Нет	-	С учетом массы тела. Дозирование должно выполняться на основании терапевтического лекарственного мониторинга.
Макролиды, линкозамиды и стрептограммины	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Азитромицин	0,5 г × 1 внутрь или 0,5 г × 1 в/в	Нет		Неосложненная гонорея: 2 г внутрь однократно
Кларитромицин	0,25 г × 2 внутрь	Дозы зависят от показаний		В некоторых странах доступно использование кларитромицина в/в (0,5 г × 2), что является принципиально важным при лечении пневмонии.
Эритромицин	0,5 г × 2–4 внутрь или 0,5 г × 2–4 в/в	Дозы зависят от показаний		
Рокситромицин	0,15 г × 2 внутрь	Нет		
Клиндамицин	0,3 г × 2 внутрь или 0,6 г × 3 в/в	Дозы зависят от показаний		Режим высокой экспозиции относится к тяжести инфекции или экспозиции препарата в очаге инфекции.
Хинупристин-далфопристин	7,5 мг/кг × 2 в/в	Дозы зависят от показаний		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Тетрациклины	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Доксициклин	0,1 г × 1 внутрь	Дозы зависят от показаний		
Миноциклин	0,1 г × 2 внутрь	Нет		
Тетрациклин	0,25 г × 4 внутрь	Дозы зависят от показаний		
Тигециклин	0,1 г нагрузочная доза, затем по 50 мг × 2 в/в	Нет		
Эравациклин	1 мг/кг × 2 в/в	Нет		
Оксазолидиноны	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Линезолид	0,6 г × 2 внутрь или 0,6 г × 2 в/в	Нет		Менингит: 0,6 г × 2 в/в
Тедизолид	0,2 г × 1 внутрь или 0,2 г 1 в/в	Нет		
Другие антимикробные препараты	Стандартная доза	Высокая доза	Цистит	Особые ситуации
Хлорамфеникол	1 г × 4 внутрь или 1 г × 4 в/в	2 г × 4 внутрь или 2 г × 4 в/в	-	Менингит: 2 г × 4 в/в
Колистин	4,5 млн МЕ × 2 в/в с нагрузочной дозой до 9 млн МЕ	Нет		
Даптомицин (оИКМТ** без сопутствующей бактериемии, вызванной <i>S. aureus</i>)	4 мг/кг × 1 в/в	Нет		
Даптомицин (оИКМТ**, сопровождающиеся сопутствующей бактериемией <i>S. aureus</i> ; инфекционным эндокардитом правых отделов сердца, вызванным <i>S. aureus</i>)	6 мг/кг × 1 в/в	Нет		Энтерококковые инфекции кровотока и эндокардиты, см. https://www.eucast.org/guidancedocuments/ .
Фидаксомицин	0,2 г × 2 перорально	Нет		
Фосфомицин в/в	16–18 г/день в 3–4 приема	Дозы зависят от показаний		
Фосфомицин перорально	Нет	Нет	3 г × 1 внутрь однократно	
Фузидовая кислота	0,5 г × 2 внутрь или 0,5 г × 2 в/в	Дозы зависят от показаний		
Гепотидацин	Нет	Нет	1,5 г × 2 перорально	
Лефамулин	0,15 г × 2 в/в или 0,6 г × 2 внутрь	Нет		
Метронидазол	0,4 г × 3 внутрь или 0,4 г × 3 в/в	Дозы зависят от показаний		
Нитрофурантоин	Нет	Нет	50–100 мг × 3–4 внутрь	Дозирование зависит от лекарственной формы.
Нитроксалин	Нет	Нет	0,25 г × 3 внутрь	
Рифампицин	0,6 г × 1 внутрь или 0,6 г × 1 в/в			
Спектиномицин	2 г × 1 в/м	Нет	-	-
Триметоприм	Нет	Нет	0,16 г × 2 внутрь	
Триметоприм-сульфаметоксазол	(0,16 г триметоприма + 0,8 г сульфаметоксазола) × 2 внутрь или (0,16 г триметоприма + 0,8 г сульфаметоксазола) × 2 в/в	(0,24 г триметоприма + 1,2 г сульфаметоксазола) × 2 внутрь или (0,24 г триметоприма + 1,2 г сульфаметоксазола) × 2 в/в	(0,16 г триметоприма + 0,8 г сульфаметоксазола) × 2 внутрь	Менингит: (5 мг/кг до 0,48 г триметоприма + 25 мг/кг до 2,4 г сульфаметоксазола) × 3 в/в

** оИКМТ – осложненные инфекции кожи и мягких тканей.

Информация о пограничных значениях и режимах дозирования в особых ситуациях и при инфекциях в очагах, сложно доступных для антимикробной терапии

Пограничные значения установлены EUCAST с учетом стандартной и, если применимо, увеличенной экспозиции антимикробных препаратов. Данные режимы дозирования, за исключением цефепима-сульбактама и биаленема, одобрены Европейским медицинским агентством (European Medicines Agency, EMA) (информация содержится в инструкциях по медицинскому применению препаратов, одобренных EMA) или, особенно для «старых» антимикробных препаратов, основаны на дозах, которые наиболее часто используются в европейских странах. Для отдельных наиболее часто встречающихся инфекций или инфекций, тяжесть которых требует повышенного внимания, EUCAST установил дополнительные рекомендации по дозированию (например, инфекции мочевых путей) и/или дополнительные пограничные значения (например, менингиты).

Кроме того, в ряде других ситуаций – локализация или тип инфекции – воздействие антимикробного препарата на микроорганизм также может быть затруднено или нарушено и для обеспечения необходимой экспозиции может потребоваться увеличение дозы или

изменение пути введения. Эти ситуации включают, но не ограничиваются следующими: эндокардит, инфекции костей и суставов, абсцессы центральной нервной системы.

EUCAST является комитетом по установлению пограничных значений и не дает рекомендаций по дозированию или другому лечению в таких ситуациях, но приводит специфические пограничные значения для сложных инфекций, где это применимо. Для получения дополнительной информации по дозированию антибиотиков в сложных ситуациях следует обратиться к учебной литературе, национальным и международным руководствам по терапии.

Дополнительно к этим клиническим ситуациям, выявление редких механизмов резистентности может потребовать индивидуальных нестандартных терапевтических подходов; такая терапия до сих пор является предметом обсуждения в профессиональных сообществах. Примерами являются *S. aureus* с пограничной резистентностью к оксациллину (borderline oxacillin resistant *S. aureus*, BORSA), энтерококки с вариабельной чувствительностью к ванкомицину, КРС-продуцирующий *A. baumannii*. Специфические рекомендации по тестированию *in vitro* и выбору надлежащего антимикробного препарата в таких ситуациях в настоящее время отсутствуют.

2.2. Как работать с зоной технической неопределенности при определении чувствительности к антибиотикам

Все измерения подвержены влиянию случайных и, иногда, систематических вариаций. Лаборатория должна стремиться исключить систематические вариации и максимально уменьшить случайные. Определение чувствительности к антимикробным препаратам (АМП), независимо от метода, не является исключением.

EUCAST стремится минимизировать вариации, разрабатывая стандартизированные параметры методов определения МПК и ДДМ и избегая установления пограничных значений, которые серьезно влияют на воспроизводимость результатов исследования. Вариации в определении чувствительности к АМП дополнительно могут быть уменьшены путем установления более строгих стандартов для производителей материалов, используемых при определении чувствительности (бульон, агар, диски с антибиотиками) и критериев контроля качества производственных процессов и лабораторной практики.

Ошибочно полагать, что определение МПК решит все проблемы. Измерения МПК также подвержены вариациям, и однократно полученное значение МПК автоматически не является корректным. Даже при использовании эталонного метода значения МПК, полученные в разные дни и разными исполнителями, могут варьировать. Значение МПК 1,0 мг/л в наилучших обстоятельствах следует рассматривать как значение, находящееся в интервале от 0,5 до 2,0 мг/л, хотя вероятность получения этих трех значений разная и будет варьировать в зависимости от штаммов и антибиотиков. Нередко выявляются и проблемы с коммерческими системами, включая качество дисков и сред для диско-диффузионного метода, коммерческих панелей для метода микроразведений в бульоне, расходных материалов для градиентного метода и полуавтоматических устройств определения чувствительности к АМП.

Несмотря на простоту и эффективность определения чувствительности для большинства видов бактерий и АМП, существуют проблемные области, даже при выполнении исследования в условиях высокой стандартизации. Важно, чтобы лаборатории были предупреждены о них, а также о неопределенности при установлении категорий чувствительности. Анализ данных, собранных за последние годы (http://www.eucast.org/ast_of_bacteria/calibration_and_validation/), позволил выявить ситуации, названные «**зонами технической неопределенности (ЗТН)**». ЗТН является **предупреждением для персонала лабораторий** о том, что существует неопределенность, которую необходимо устранить, прежде чем сообщать о результатах определения чувствительности лечащим врачам. ЗТН не является категорией чувствительности и не избавляет лабораторию от необходимости интерпретации результатов определения чувствительности.

Далее приведены варианты действий в случаях, когда значение МПК или диаметр зоны подавления роста находятся в ЗТН. Независимо от возможности консультации с лечащим врачом, выбор необходимых действий будет зависеть от типа образца (напр., кровь или моча), количества доступных альтернативных АМП для терапии, тяжести заболевания.

Повторить исследование

Имеет значение **ТОЛЬКО** в том случае, если есть основания предполагать возможность технической ошибки при первичном определении чувствительности к АМП. Надлежащая лабораторная практика - повторить исследование одновременно с подтверждением результатов другим методом. При определении МПК результат также может оказаться в ЗТН. В этом случае первичный и альтернативный тесты могут указывать как на результат, так и на ЗТН. В этом случае следует интерпретировать результат в соответствии с пограничными значениями и сообщить лечащему врачу.

Выполнить альтернативное исследование (определение МПК или генотипический тест)

Имеет значение, если согласно результатам определения чувствительности, имеется всего лишь несколько альтернативных АМП для терапии. Если изолят характеризуется множественной резистентностью, рекомендуется определить МПК для нескольких АМП, по возможности включая новые комбинации бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз и колистин для грамотрицательных бактерий. В некоторых случаях может потребоваться выявление механизмов устойчивости генотипическими или фенотипическими методами для получения дополнительной информации, которая может иметь значение и для принятия эпидемиологических решений. При определении МПК результат также может оказаться в ЗТН. В этом случае следует интерпретировать результат в соответствии с пограничными значениями и включить в отчет лечащему врачу.

Снизить категорию чувствительности

Допустимо понизить категорию чувствительности (с Ч до У, с У до Р или с Ч до Р), при наличии в отчете данных о чувствительности изолята к другим препаратам, которые могут использоваться для терапии. Однако отчет о результатах определения чувствительности должен включать комментарий, а изолят сохранен для последующего исследования.

Включить сообщение о неопределенности в отчет

Во многих лабораториях другого профиля включение в отчет информации о неопределенности сообщаемого результата является общепринятой практикой. Это может быть решено несколькими альтернативными способами:

- Отметить результат, попавший в ЗТН, как «неопределенный»: оставить поле интерпретации пустым и добавить комментарий.

- Настроить в ЛИС возможность устанавливать сноску или примечание (вместо Ч, У или Р) на комментарий поясняющий, что означает неопределенность.
- Определить категорию чувствительности в соответствии с пограничными значениями, но включить информацию о технических трудностях и/или неопределенности интерпретации. Во многих случаях результат «Р» вызывает меньше сомнений, чем другие варианты, особенно при наличии альтернативных АМП для терапии. Не следует сообщать результат как «Ч», если не будет получено подтверждение этого результата.
- В серьезных ситуациях свяжитесь с лечащими врачами для объяснения ситуации и обсуждения результатов.

Не включайте неопределенный результат в отчет

При наличии нескольких альтернативных препаратов для терапии или невозможности своевременного разрешения неопределенности интерпретации, результат, соответствующий ЗТН, лучше всего не включать в отчет или понизить для него категорию чувствительности (см. выше).

Зона технической неопределенности обычно указывается как определенное значение МПК или диапазон диаметров зон подавления роста в 2–4 мм. ЗТН приведены только в тех случаях, если для этого есть серьезные основания. Отсутствие ЗТН (МПК и/или зоны подавления роста) означает, что в настоящее время необходимость в предупреждении отсутствует. ЗТН также подвергаются регулярному пересмотру, новые ЗТН могут быть добавлены по мере появления дополнительной информации.

Таблица 2.2. Enterobacterales*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и ожидаемые фенотипы

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1; для мезилинама и фосфомицина используется метод разведений в агаре)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон (для цефидерокала см. http://www.eucast.org/guidance_documents/)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инукубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч
Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинации бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инукубация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности диско-диффузионным методом».

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента дисков с комбинациями бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

* В соответствии с недавно выполненными таксономическими исследованиями определением семейства *Enterobacteriaceae* было сужено. Отдельные члены, ранее входившие в состав семейства, включены в другие семейства внутри порядка *Enterobacterales*. Приведенные в данной таблице пограничные значения, применимы ко всем членам порядка *Enterobacterales*.

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин	-	-	-	-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Ампициллин в/в ¹	8	8	10	14 ^A	14 ^A	1. Рекомендации по имплементации новых пограничных значений для ампициллина – см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Ампициллин перорально (только цистит) ¹	8	8	10	14 ^A	14 ^A	2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.
Ампициллин-сульбактам в/в ¹	8 ²	8 ²	10-10	14 ^A	14 ^A	3/D. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Ампициллин-сульбактам (только цистит) ¹	8 ²	8 ²	10-10	14 ^A	14 ^A	4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.
Амоксициллин в/в ¹	8	8	-	Прим. ^B	Прим. ^B	5. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.
Амоксициллин перорально (источник инфекции – мочевые пути) ¹	0,001	8	-	Прим. ^C	Прим. ^C	6. Референтный метод определения чувствительности к мециллину – метод разведений в агаре.
Амоксициллин перорально (только цистит) ¹	8	8	-	Прим. ^B	Прим. ^B	А. Не следует учитывать тонкий рост внутри зоны подавления роста, который может выявляться при использовании некоторых партий агара Мюллера-Хинтон.
Амоксициллин перорально (системные инфекции, кроме мочевых пути) ¹	(0,001) ³	(8) ³	-	Прим. ^{D,E}	Прим. ^{D,E}	В. Чувствительность оценивается по ампициллину [в/в и перорально]. С. Изоляты, чувствительные при увеличенной экспозиции [У] к «амоксициллину перорально (источник инфекции – мочевые пути)». Изоляты, резистентные к ампициллину [в/в и перорально], следует оценивать как резистентные к «амоксициллину перорально (источник инфекции – мочевые пути)».
Амоксициллин-клавулановая кислота в/в ¹	8 ⁴	8 ⁴	20-10	19 ^A	19 ^A	Е. Изоляты, чувствительные к ампициллину, не имеют фенотипически выявляемых механизмов резистентности, и «амоксициллин перорально, другие инфекции» может быть использован в режиме повышенной экспозиции в составе комбинированной терапии (Прим. 3/D). Изоляты, резистентные к ампициллину, должны быть оценены как резистентные.
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально (источник инфекции – мочевые пути) ¹	0,001 ⁴	8 ⁴	20-10	50 ^A	19 ^A	Ф. Изолированные колонии внутри зоны подавления роста не учитываются.
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально (только цистит) ¹	32 ⁴	32 ⁴	20-10	16 ^A	16 ^A	

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания	
	Ч ≤	Р >		ЗТН	Ч ≥	Р <		ЗТН
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально (системные инфекции, кроме инфекций с источником – мочевые пути) ¹	(0,001) ^{3,4}	(8) ^{3,4}	20–10	(50) ^{А,В}	(19) ^{А,В}	19–20	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Пиперациллин	8	8	30	20	20			
Пиперациллин-тазобактам	8 ⁴	8 ⁴	30–6	20	20	19		
Тикарциллин-клавулановая кислота	8 ³	16 ³	75–10	23	20			
Темоциллин (источник инфекции – мочевые пути), <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>) и <i>P. mirabilis</i>	0,001	16	30	50 ^F	17 ^F			
Феноксиметилпенициллин	-	-	-	-	-			
Оксациллин	-	-	-	-	-			
Клоксациллин	-	-	-	-	-			
Диклоксациллин	-	-	-	-	-			
Флулоксациллин	-	-	-	-	-			
Мецилинам перорально (пивмециллинам) (только цистит), <i>E. coli</i> , <i>Citrobacter</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Raoultella</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp. и <i>P. mirabilis</i>	8 ⁶	8 ⁶	10	15 ^F	15 ^F			
Цефалоспорины ^{1,1а}	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)				Примечания
Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Цефаклор (только цистит)	НД	НД	30	НД	НД		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Пограничные значения цефалоспоринов для Enterobacteriales позволяют выявить все клинически значимые механизмы резистентности (включая продукцию ESBL и плазмидно-кодируемые AmpC). При использовании данных пограничных значений некоторые изоляты, продуцирующие ESBL, могут быть оценены как чувствительные к цефалоспоринам III-IV поколений. В этом случае изменения категории чувствительности не требуются. То есть присутствие или отсутствие ESBL само по себе не влияет на клиническую оценку результата определения чувствительности. Выявление и характеристику ESBL следует проводить в целях инфекционного контроля и общего здравоохранения. 1а. При использовании данных пограничных значений некоторые изоляты, продуцирующие ESBL, могут быть оценены как чувствительные к цефалоспоринам III-IV поколения. В случае выявления продукции ESBL изменение категории чувствительности не требуется. В отчет о результатах определения чувствительности следует включить предупреждение о возможной неэффективности терапии цефалоспорины (по крайней мере в виде монотерапии и в стандартных дозах) инфекций, вызванных формально чувствительными штаммами-продуцентами ESBL. Для выявления ESBL можно использовать метод «двойных дисков». См. таблицу 2.4.	
Цефадроксил (только цистит)	16	16	30	12	12			
Цефалексин (только цистит)	16	16	30	14	14			
Цефазолин (источник инфекции – мочевые пути), <i>E. coli</i> и <i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>)	0,001 ²	4 ²	30	50 ^А	20 ^А			
Цефепим	1	4	30	27	24			
Цефепим-сульбактам	1 ^{3,4}	4 ^{3,4}	30–10	26 ⁵	26 ⁵	22–25		
Цефепим-энетазобактам	4 ¹²	4 ¹²	30–20	22	22	21–22		
Цефидерокол	2 ⁶	2 ⁶	30	23	23	21–23		
Цефиксим (только цистит)	1	1	5	17	17			
Цефотаксим (при всех инфекциях, кроме менингита) ⁷	1	2	5	20	17			

Цефалоспорины ^{1,1а}	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Цефотаксим (менингит) ⁷	1	1	5	20	20	Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефокситин (только скрининг) ⁸	Прим. ⁸	Прим. ⁸	30	19	19	2/А. Изоляты, чувствительные к цефадроксилу и/или цефалексину, оцениваются как «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к цефазолину.
Цефподоксим (только цистит)	1	1	10	21	21	3. Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.
Цефтаролин	0,5	0,5	5	23	23	4. Пограничные значения МПК цефепима-сульбактама соответствуют пограничным значениям МПК цефепима, установленным EUCAST.
Цефтазидим ⁷	1	4	10	22	19	5. Данные критерии применимы для видов с природной продукцией AmpC цефалоспоринов [C. freundii complex spp., Enterobacter spp., H. alvei, K. aerogenes, M. Morganii, Providencia spp., Serratia spp.]
Цефтазидим-авибактам	8 ⁹	8 ⁹	10-4	13	13	6. Для определения МПК методом микрорастворения в бульоне необходимо использовать бульон Мюллера-Хинтона с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов.
Цефтибутен (источник инфекции – мочевые пути)	1	1	30	23	23	(см. http://www.eucast.org/guidance_documents/).
Цефтобипрол	0,25	0,25	5	23	23	
Цефтолозан-тазобактам ¹¹	2 ¹¹	2 ¹¹	30-10	22	22	7. Если изоляты, принадлежащие к видам с природной индукцибельной продукцией AmpC-цефалоспоринов (Enterobacter spp., K. aerogenes, C. freundii complex, Hafnia alvei, Serratia spp., M. Morganii, Providencia spp.), оцениваются как чувствительные к цефотаксиму, цефтазидиму или цефтриаксону, то в отчет о результатах определения чувствительности следует включить предупреждение о возможной неэффективности цефотаксима, цефтазидима или цефтриаксона в виде монотерапии из-за риска селекции резистентности в процессе терапии.
Цефтриаксон (при всех инфекциях, кроме менингита) ⁶	1	2	30	27	24	8. Сравнение МПК цефокситина с эпидемиологической точкой отсечения (ESOFF) для изолятов «дикого типа» (8 мг/л) имеет высокую чувствительность, но низкую специфичность для выявления AmpC-продуцирующих энтеробактерий, так как повышение МПК цефокситина может наблюдаться и в других случаях: при нарушении проницаемости клеточной стенки и при продукции некоторых карбапенемов. В типичных случаях изоляты, не продуцирующие AmpC, относятся к «дикому типу», а продуценты плазмидно-кодируемых AmpC или гиперпродуценты хромосомных AmpC – к «недикому типу».
Цефуроксим в/в, E. coli, Klebsiella spp. (кроме K. aerogenes), Raoultella spp. и P. mirabilis	0,001	8	30	50	19	9. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация авибактама – 4 мг/л.
Цефуроксим перорально (только цистит), E. coli, Klebsiella spp. (кроме K. aerogenes), Raoultella spp. и P. mirabilis	8	8	30	19	19	10. Режим дозирования в зависимости от показаний – см. Таблицу «Режимы дозирования».
						11. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.
						12. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация энмезабактама – 8 мг/л.

Карбапенемы ^{1,1а}	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Дорипенем	1	2	10	24	21	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. При выявлении карбапенемаз клиническая эффективность карбапенемов может быть снижена, даже при соответствии МПК или диаметр зоны подавления роста категориям S или I. Следует использовать другие антимикробные препараты, особенно при осложненных инфекциях. Если использование других препаратов невозможно, карбапенемы следует использовать в режиме увеличенной экспозиции и в комбинации с другим активным препаратом. Скрининг карбапенемаз рекомендуется проводить для всех изолятов с МПК меропенема > 0,125 мг/л (диаметром зоны подавления роста < 28 мм).</p> <p>1а. В случае выявления продукции карбапенемаз в отчет о результатах определения чувствительности рекомендуется включить предупреждение о возможной неэффективности терапии карбапенемами (по крайней мере в виде монотерапии и в стандартных дозах) инфекций, вызванных формально чувствительными штаммами-продуцентами карбапенемаз.</p> <p>Для выявления продукции карбапенемаз можно использовать метод инактивации карбапенемов (Carbapenem inactivation method, CIM). См. таблицу 2.4.</p> <p>2. Природно низкая активность имипенема в отношении видов <i>Morganella morganii</i>, <i>Proteus</i> spp. и <i>Providencia</i> spp. требует высокой экспозиции имипенема.</p> <p>3. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация релсбактама – 4 мг/л.</p> <p>4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация ваборбактама – 8 мг/л.</p> <p>А. Если результат находится в ЗТН: изолят, резистентный к меропенему, оцените как резистентный к меропенему-ваборбактаму; в другом случае, продолжите исследование.</p>
Эртапенем	0,5	0,5	10	23	23	
Имипенем, <i>Enterobacteriales</i> кроме <i>Morganellaceae</i>	2	4	10	22	19	
Имипенем ² , <i>Morganellaceae</i>	0,001	4	10	50	19	
Имипенем-релсбактам, <i>Enterobacteriales</i> кроме <i>Morganellaceae</i>	2 ³	2 ³	10–25	22	20–22	
Меропенем (при всех инфекциях, кроме менингита)	2	8	10	22	16	
Меропенем (менингит)	2	2	10	22	22	
Меропенем-ваборбактам	8 ⁴	8 ⁴	20–10	20	20	
Биапенем	1	4			15–19 ^А	

Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам ¹	1	4	30	26	21	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Пограничные значения азтреонама для <i>Enterobacteriales</i> позволяют выявить все клинически значимые механизмы резистентности (включая продукцию ESBL). При использовании данных пограничных значений некоторые изоляты, продуцирующие ESBL, могут быть оценены как чувствительные к азтреонаму. В этом случае изменения категории чувствительности не требуется. То есть присутствие или отсутствие ESBL само по себе не влияет на клиническую оценку результата определения чувствительности. Выявление и характеристику ESBL следует проводить в целях инфекционного контроля и общественного здравоохранения.</p> <p>1а. При использовании данных пограничных значений некоторые изоляты, продуцирующие ESBL, могут быть оценены как чувствительные к азтреонаму. В случае выявления продукции ESBL изменение категории чувствительности следует включить предупреждение о результатах определения чувствительности в отчете о результатах определения чувствительности терапии азтреонамом (по крайней мере в виде монотерапии и в стандартных дозах) инфекций, вызванных формально чувствительными штаммами-продуцентами ESBL.</p>

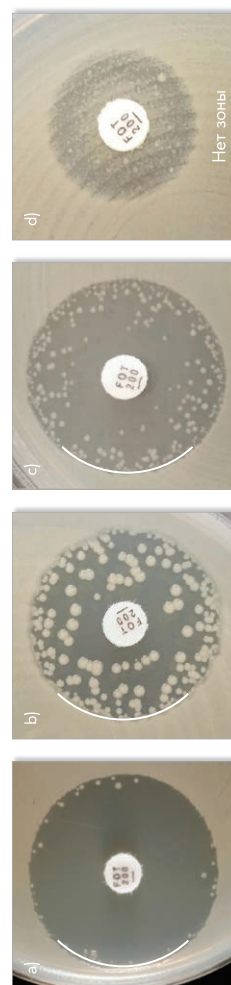
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН	
Азтреонам-авибактам ³	4 ²	4 ²	30–20	25	22–24	<p>Примечания</p> <p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация авибактама – 4 мг/л.</p> <p>3. В отсутствие зарегистрированных тестов для определения чувствительности к азтреонаму-авибактаму для выявления синергизма между азтреонамом и цефтазидимом-авибактамом следует использовать метод «двойных дисков». При выявлении синергизма изолят оценивается как чувствительный к азтреонаму-авибактаму. См. таблицу 2.4.</p>
	4 ²	4 ²		25	22–24	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН	
	0,06	0,06	5	Прим. ^А	Прим. ^А	<p>Примечания</p> <p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Клинические данные свидетельствуют о низкой эффективности ципрофлоксацина при лечении системных инфекций, вызванных изолятами <i>Salmonella</i> spp. со всеми выявляемыми механизмами резистентности к фторхинолонам. В большинстве случаев это касается инфекций, вызванных <i>Salmonella</i> Turpi. Имеются данные о низкой эффективности терапии инфекций, вызванных и другими представителями рода <i>Salmonella</i>.</p> <p>2/В. При менингитах все механизмы резистентности к фторхинолонам должны быть исключены. С этой целью следует использовать метод определения МПК или оценить чувствительность на основании теста с диском с пefлоксацином 5 мкг.</p> <p>3. Имеются пограничные значения других фторхинолонов.</p>
	0,25 ⁵	0,5 ⁵		22	22–24	
	0,125	0,125	5	Прим. ^В	Прим. ^В	<p>4/Е. Если результат скрининга с пefлоксацином у изолятов <i>Salmonella</i> (особенно у <i>S. Typhi</i>) соответствует ЗТН, в качестве альтернативного высокочувствительного метода скрининга хромосомной устойчивости к хинолонам следует использовать ДДМ с налидиксовой кислотой или определить МПК ципрофлоксацина.</p>
	НП	НП		24 ^{А,В,С}	23–25 ^Е	
	0,125	0,125	5	Прим. ^Д	Прим. ^Д	<p>А. Определение чувствительности с использованием диска с ципрофлоксацином 5 мкг не позволяет надежно исключить все механизмы резистентности к фторхинолонам у <i>Salmonella</i> spp. Для скрининга резистентности к ципрофлоксацину следует использовать диск с пefлоксацином 5 мкг.</p> <p>С. Скрининговый тест с диском с пefлоксацином 5 мкг также можно использовать для выявления механизмов резистентности к фторхинолонам у других энтеробактерий, таких как <i>E. coli</i>, <i>K. pneumoniae</i> и <i>Shigella</i> spp.</p> <p>Д. Процесс валидации диско-диффузионного метода обсуждается с ответственными фармацевтическими компаниями.</p> <p>5/Е. По результатам оценки чувствительности к ципрофлоксацину можно оценивать чувствительность к пазуфлоксацину.</p>
	0,5	1		23	19	
	0,25	0,25	30	16	16	
	НП	НП		24	24	
Налидиксовая кислота (только скрининг) ⁴	НП	НП	10	24	<p>А. Определение чувствительности с использованием диска с ципрофлоксацином 5 мкг не позволяет надежно исключить все механизмы резистентности к фторхинолонам у <i>Salmonella</i> spp. Для скрининга резистентности к ципрофлоксацину следует использовать диск с пefлоксацином 5 мкг.</p> <p>С. Скрининговый тест с диском с пefлоксацином 5 мкг также можно использовать для выявления механизмов резистентности к фторхинолонам у других энтеробактерий, таких как <i>E. coli</i>, <i>K. pneumoniae</i> и <i>Shigella</i> spp.</p> <p>Д. Процесс валидации диско-диффузионного метода обсуждается с ответственными фармацевтическими компаниями.</p> <p>5/Е. По результатам оценки чувствительности к ципрофлоксацину можно оценивать чувствительность к пазуфлоксацину.</p>	
	0,5	0,5		24		24
Офлоксацин	0,25	0,5	5	24	<p>А. Определение чувствительности с использованием диска с ципрофлоксацином 5 мкг не позволяет надежно исключить все механизмы резистентности к фторхинолонам у <i>Salmonella</i> spp. Для скрининга резистентности к ципрофлоксацину следует использовать диск с пefлоксацином 5 мкг.</p> <p>С. Скрининговый тест с диском с пefлоксацином 5 мкг также можно использовать для выявления механизмов резистентности к фторхинолонам у других энтеробактерий, таких как <i>E. coli</i>, <i>K. pneumoniae</i> и <i>Shigella</i> spp.</p> <p>Д. Процесс валидации диско-диффузионного метода обсуждается с ответственными фармацевтическими компаниями.</p> <p>5/Е. По результатам оценки чувствительности к ципрофлоксацину можно оценивать чувствительность к пазуфлоксацину.</p>	
	0,25	0,5		24		22

Аминогликозиды ^{1,2}	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин (системные инфекции)	(8) ¹	(8) ¹	30	(18) ^A	(18) ^A	<p>1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p>
Амикацин (источник инфекции – мочевые пути)	8	8	30	18	18	
Гентамицин (системные инфекции)	(2) ¹	(2) ¹	10	(17) ^A	(17) ^A	
Гентамицин (источник инфекции – мочевые пути)	2	2	10	17	17	
Нетилмицин	НД	НД		НД	НД	
Тобрамицин (системные инфекции)	(2) ¹	(2) ¹	10	(16) ^A	(16) ^A	
Тобрамицин (источник инфекции – мочевые пути)	2	2	10	16	16	
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Далбаванцин	-	-		-	-	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
Оригаванцин	-	-		-	-	
Тейкопланин	-	-		-	-	
Телаванцин	-	-		-	-	
Ванкомицин	-	-		-	-	
Макролиды, линкозамиды и стрептограммины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азитромицин ¹	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^{A,B}	Прим. ^{A,B}	<p>1/А. Азитромицин используется при лечении кишечных инфекций, прежде всего вызванных <i>Salmonella</i> Typhi и <i>Shigella</i> spp. Не смотря на то, что распределение изолятов дикого типа по значениям МПК варьирует, изоляты с МПК > 16мг/л и соответствующим диаметром зоны подавления роста (диск с азитромицином, 15 мкг) < 12 мм, вероятно, имеют механизмы резистентности к азитромицину. В. При использовании отдельных партий агара Моллера-Хинтона может появляться более тонкая внутренняя зона подавления роста, которую следует принимать во внимание при учете результатов.</p>
Кларитромицин	-	-		-	-	
Эритромицин	-	-		-	-	
Рокситромицин	-	-		-	-	
Клиндамицин	-	-		-	-	
Хинупрестин-далфопрестин	-	-		-	-	

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	-	-	-	-	ЗТН	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Тетрациклин является предиктором чувствительности к доксициклину при лечении инфекций, вызванных <i>Yersinia enterocolitica</i> (МПК тетрациклина для изолятов дикого типа < 4 мг/л). Соответствующий диаметр зоны подавления роста вокруг диска с тетрациклином 30 мкг, ≥ 19 мм.</p> <p>2. Для определения МПК тигециклина методом микроразведений в бульоне следует использовать свежую среду, приготовленную в день проведения исследования.</p> <p>3/А. Активность тигециклина в отношении других Enterobacterales различается: от недостаточной в отношении <i>Serratia</i> spp., <i>Proteus</i> spp., <i>Morganella morganii</i> и <i>Providencia</i> spp. до вариабельной в отношении других видов. Подробнее см. http://www.eucast.org/guidance_documents/.</p> <p>В. Значения диаметров зон подавления роста валидированы только для <i>E. coli</i>. Для <i>S. koseri</i> следует использовать метод определения МПК.</p>
Миноциклин	-	-	-	-	-	
Тетрациклин ¹	-	-	-	-	-	
Тигециклин, <i>E. coli</i> и <i>S. koseri</i>	0,5 ^{2,3}	0,5 ^{2,3}	15	18 ^{А,В}	18 ^{А,В}	
Эравациклин, <i>E. coli</i>	0,5	0,5	20	17	17	
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Линезолид	-	-	-	-	-	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
Тедизолид	-	-	-	-	-	
Другие antimicrobные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Хлорамфеникол	Прим. ¹	Прим. ¹	-	Прим. ^А	ЗТН	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Клиническая эффективность для этого порядка не определена. Для дифференци изолятов дикого типа от изолятов с приобретенными механизмами резистентности можно использовать скрининговые пограничные значения (МПК > 16 мг/л, диаметр зоны подавления роста < 17 мм [диск 30 мкг]). Использование хлорамфеникола при менингите – см. таблицу «Режимы дозирования».</p> <p>2. МПК колистина следует определять только методом микроразведений в бульоне. Для контроля качества определения чувствительности к колистину необходимо использовать два контрольных штамма: чувствительный (<i>E. coli</i> ATCC 25922 или <i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853) и резистентный <i>E. coli</i> NCTC 13846 (<i>mcr-1</i> положительный) к колистину.</p> <p>3. Для оценки чувствительности к колистину можно использовать метод элиции колистина из дисков. См. таблицу 2.4.</p>
Колистин ^{2,3,4}	(2) ⁵	(2) ⁵	-	Прим. ^В	-	
Далтомицин	-	-	-	-	-	
Фосфомидин в/в (источник инфекции – мочевые пути), <i>E. coli</i>	8 ⁶	8 ⁶	200 ^С	24 ^Д	24 ^Д	
Фосфомидин в/в (другие показания), <i>E. coli</i>	Прим. ⁷	Прим. ⁷	-	Прим. ^Е	Прим. ^Е	
Фосфомидин в/в, другие Enterobacterales	Прим. ⁸	Прим. ⁸	-	Прим. ^Ф	Прим. ^Ф	
Фосфомидин перорально (только цистит), <i>E. coli</i>	8 ⁶	8 ⁶	200 ^С	24 ^Д	24 ^Д	
Фузидовая кислота	-	-	-	-	-	
Гепотидацин (только цистит), <i>E. coli</i>	8	8	-	Ва	Ва	

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Лефамулин	-	-	-	-	-	-	-	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>4. Изоляты, чувствительные к колистину, следует оценивать как «Чувствительные» к полимиксину В; изоляты, резистентные к колистину, следует оценивать как «Резистентные» к полимиксину В.</p> <p>5. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>6. Референтный метод определения чувствительности к фосфомичину – метод разведений в агаре. Среда должна содержать глюкозо-6-фосфат [25 мг/л среды], при использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкции производителя.</p> <p>7/Е. Клинических данных для установления пограничных значений в настоящее время недостаточно.</p> <p>8/Е. Удалены рекомендации по определению чувствительности. Информацию по использованию фосфомичина в/в в составе комбинированной терапии для других Enterobacteriales см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>9/Г. В отношении <i>Proteus spp.</i> недостаточно доказательств клинической эффективности. Для исключения приобретенных механизмов резистентности могут быть использованы ECOFF (МПК > 8 мг/л или диаметр зоны подавления роста вокруг диска с триметопримом 5 мкг < 14 мм – свидетельствует о наличии приобретенных механизмов резистентности).</p> <p>10. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.</p> <p>В. Следует использовать метод определения МПК (только метод микроразведений в бульоне).</p> <p>С. Диск с фосфомичином (200 мкг) должен содержать 50 мкг глюкозо-6-фосфата.</p> <p>Д. Не следует учитывать изолированные колонии внутри зоны подавления роста (см. рисунок ниже).</p>
Метронидазол	-	-	-	-	-	-		
Нитрофурантоин (только цистит), <i>E. coli</i>	64	64	-	100	11	11		
Нитроксолин (только цистит), <i>E. coli</i>	16	16	-	30	15	15		
Рифампицин	-	-	-	-	-	-		
Спектиномицин	-	-	-	-	-	-		
Триметоприм (только цистит), <i>E. coli</i> и <i>Klebsiella spp.</i> (кроме <i>K. aerogenes</i>)	2	2	-	5	15	15		
Триметоприм (только цистит), <i>Proteus spp.</i>	Прим. ⁹	Прим. ⁹	Прим. ⁹	-	Прим. ⁹	Прим. ⁹		
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹⁰ , Enterobacteriales кроме <i>Serratia spp.</i>	0,5	0,5	-	1,25–23,75	15	15		
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹⁰ , <i>Serratia spp.</i>	0,001	2	-	1,25–23,75	50	15		



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Escherichia coli* к фосфомичину.

а–с) Отдельные колонии внутри зоны подавления роста не учитываются. Измерение проводится по внешнему краю зоны.
 д) Зона подавления роста отсутствует.

Таблица 2.3. *Pseudomonas* spp. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и ожидаемые фенотипы

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона (для цефидерокола см. http://www.eucast.org/guidance_documents/)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инукубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтона

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инукубация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента дисков с комбинациями бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Pseudomonas aeruginosa* – наиболее часто встречающийся вид рода *Pseudomonas*. Другие виды *Pseudomonas*, реже выделяемые из клинического материала: группа *P. fluorescens*, группа *P. putida

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин	-	-	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Ампициллин	-	-	-	-	-	-	1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.	
Ампициллин-сульбактам	-	-	-	-	-	-	-	2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.
Амоксициллин	-	-	-	-	-	-	-	
Амоксициллин-клавулановая кислота	-	-	-	-	-	-	-	
Пиперациллин	0,001	16	-	30	50	18	18–19	
Пиперациллин-тазобактам	0,001 ¹	16 ¹	-	30–6	50	18	18–19	
Тикарциллин-клавулановая кислота	0,001 ²	16 ²	-	75–10	50	18	-	
Темоциллин	-	-	-	-	-	-	-	
Феноксиметилпенициллин	-	-	-	-	-	-	-	
Оксациллин	-	-	-	-	-	-	-	
Клоксациллин	-	-	-	-	-	-	-	
Диклоксациллин	-	-	-	-	-	-	-	
Флулоксациллин	-	-	-	-	-	-	-	
Мецилинам перорально (пивмециллинам) (только цистит)	-	-	-	-	-	-	-	

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефаклор	-	-	-	-	-	-	-	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Пограничные значения не валидированы для других видов рода <i>Pseudomonas</i>.</p> <p>2. Пограничные значения МПК цефепима-сульбактама соответствуют пограничным значениям МПК цефепима, установленным EUCAST.</p> <p>3. Для определения МПК используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.</p> <p>5/А. Добавление ингибиторов бета-лактамаз не обеспечивает клинического преимущества. Бета-лактамазы, продуцируемые данными микроорганизмами, не модифицируют цефалоспорины или не подавляются ингибиторами в достаточной степени.</p> <p>6. Для определения МПК методом микроразведений в бульоне необходимо использовать бульон Муллера-Хинтона, с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов (см. http://www.eucast.org/guidance_documents/).</p> <p>7. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация авибактама – 4 мг/л.</p> <p>8. Режим дозирования в зависимости от показаний – см. Таблицу «Режимы дозирования».</p> <p>9. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.</p>
Цефадроксил	-	-	-	-	-	-	-	
Цефалексин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефазолин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефепим	0,001	8	-	30	21	19–23	-	
Цефепим-сульбактам, <i>P. aeruginosa</i> ¹	0,001 ^{2,3}	8 ^{2,3}	-	30–10	25	24–27	-	
Цефепим-энетазобактам ⁵	Прим. ⁵	Прим. ⁵	-	-	Прим. ^А	-	-	
Цефидерокол <i>P. aeruginosa</i>	2 ⁶	2 ⁶	-	30	22	20–21	-	
Цефиксим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефотаксим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефокситин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефподоксим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтаролин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтазидим	0,001	8	-	10	50	17	-	
Цефтазидим-авибактам, <i>P. aeruginosa</i>	8 ⁷	8 ⁷	-	10–4	17	17	16–17	
Цефтибутен	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтобипрол	НД	НД	-	-	НД	НД	-	
Цефтолозан-тазобактам ⁸ , <i>P. aeruginosa</i>	4 ⁹	4 ⁹	-	30–10	23	23	-	
Цефтриаксон	-	-	-	-	-	-	-	
Цефуроксим в/в	-	-	-	-	-	-	-	
Цефуроксим перорально	-	-	-	-	-	-	-	

Карбапенемы ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Дорипенем	0,001	2	-	10	50	22	-	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Для выявления продукции карбапенемаз у <i>P. aeruginosa</i> можно использовать метод инактивации карбапенемов (Carbapenem inactivation method, CIM). См. таблицу 2.4.</p> <p>2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация релебактама – 4 мг/л.</p> <p>3. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация ваборбактама – 8 мг/л.</p>
Эртапенем	-	-	-	-	-	-	-	
Имипенем	0,001	4	-	10	50	20	-	
Имипенем-релебактам, <i>P. aeruginosa</i>	2 ²	2 ²	-	10–25	22	22	-	
Меропенем (при всех инфекциях кроме менингита), <i>P. aeruginosa</i>	2	8	-	10	20	14	-	

Карбапенемы ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Меропенем (при всех инфекциях, кроме менингита), <i>Pseudomonas</i> кроме <i>P. aeruginosa</i>	2	8	10	24	18	
	2	2	10	20	20	
Меропенем (менингит), <i>P. aeruginosa</i>	8 ³	8 ³	20–10	14	14	
Биапенем	НД	НД		НД	НД	
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам	0,001	16	30	50	18	
Азтреонам-авибактам	НД	НД		НД	НД	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,001	0,5	5	50	26	
Делафлоксацин	НД	НД		НД	НД	
Левифлоксацин	0,001	2	5	50	18	
Моксифлоксацин	-	-		-	-	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		НП	НП	
Норфлоксацин (только цистит)	-	-		-	-	
Офлоксацин	-	-		-	-	
Аминогликозиды ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин (системные инфекции)	(16) ¹	(16) ¹	30	(15) ^А	(15) ^А	
Амикацин (источник инфекции – мочевые пути)	16	16	30	15	15	
Гентамицин (системные инфекции)	НД	НД		НД	НД	
Гентамицин (источник инфекции – мочевые пути)	НД	НД		НД	НД	

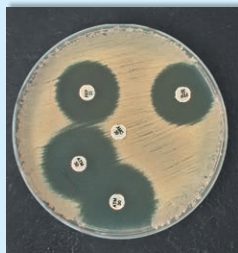
Аминогликозиды ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН		
Нетилмицин	НД	НД		Р <	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Тобрамцин (системные инфекции)	(2) ¹	(2) ¹	10	НД	НД		
Тобрамцин (источник инфекции – мочевые пути)	2	2	10	(18) ^A	(18) ^A		
				18	18		
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН		
	Далбаванцин	-	-		Р <	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Оригаванцин	-	-		-	-	
	Тейкопланин	-	-		-	-	
	Телаванцин	-	-		-	-	
Ванкомицин	-	-		-	-		
				-	-		
Макролиды, линкозамиды и стрептограммины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН		
	Азитромицин	-	-		Р <	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Кларитромицин	-	-		-	-	
	Эритромицин	-	-		-	-	
	Рокситромицин	-	-		-	-	
Клиндамицин	-	-		-	-		
Хинупрестин-далфопристин	-	-		-	-		
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН		
	Доксициклин	-	-		Р <	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Тетрациклин	-	-		-	-	
	Миноциклин	-	-		-	-	
	Тигециклин	-	-		-	-	
Эравациклин	-	-		-	-		
	-	-		-	-		
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН		
	Линезолид	-	-		Р <	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тедизолид	-	-		-	-		
	-	-		-	-		

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Хлорамфеникол	-	-	-	-	-	-	-	<p>Примечания</p> <p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. МПК колистина следует определять только методом микрозведений в бульоне. Для контроля качества определения чувствительности к колистину необходимо использовать два контрольных штамма: чувствительный (<i>E. coli</i> ATCC 25922 или <i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853) и резистентный <i>E. coli</i> NCTC 13846 (<i>mcr-1</i> положительный) к колистину.</p> <p>2. Для оценки чувствительности <i>P. aeruginosa</i> к колистину можно использовать метод элюции колистина из дисков. См. таблицу 2.4.</p> <p>3. Изоляты, чувствительные к колистину, следует оценивать как «Чувствительные» к полимиксину В; изоляты, резистентные к колистину, следует оценивать как «Резистентные» к полимиксину В.</p> <p>4. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>5/В. Удалены рекомендации по определению чувствительности. Информацию по использованию фосфомидина в/в в составе комбинированной терапии см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>А. Следует использовать метод определения МПК (только метод микрозведений в бульоне).</p>
Колистин ^{1,2,3}	(4) ⁴	(4) ⁴	-	Прим. ^А	Прим. ^А	-		
Далтомицин	-	-	-	-	-	-		
Фосфомидин в/в	Прим. ⁵	Прим. ⁵	Прим. ⁵	Прим. ^В	Прим. ^В	-		
Фосфомидин перорально	-	-	-	-	-	-		
Фузидовая кислота	-	-	-	-	-	-		
Лефамулин	-	-	-	-	-	-		
Метронидазол	-	-	-	-	-	-		
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-	-	-	-	-		
Нитроксалин (только цистит)	-	-	-	-	-	-		
Рифампицин	-	-	-	-	-	-		
Спектиномицин	-	-	-	-	-	-		
Триметоприм (только цистит)	-	-	-	-	-	-		
Триметоприм-сульфаметоксазол	-	-	-	-	-	-		

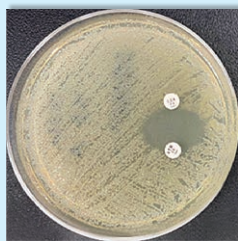
Таблица 2.4. Дополнительные фенотипические методы выявления резистентности (механизмы резистентности) у *Enterobacterales* и *Pseudomonas spp.*



а) Синергизм между клавулановой кислотой и цефепимом. Продукция ESBL обнаружена.



б) Нет синергизма между клавулановой кислотой и цефепимом и азтреонамом. Продукция ESBL не обнаружена.



в) Синергизм между азтреонамом и цефтазидимом-авибактамом

Enterobacterales: метод «двойных дисков» для выявления β-лактамаз расширенного спектра (ESBL)

Группа микроорганизмов: Enterobacterales

Параметры тестирования: см. параметры диско-диффузионного метода

Контроль качества: *E. coli* ATCC 25922 (ESBL-); *K. quasipneumoniae* ATCC 700603 (ESBL+)

Процедура:

Диски с амоксициллином-клавулановой кислотой 20–10 мкг (1 диск), азтреонамом

30 мкг (2 диска) и цефепимом 30 мкг (2 диска) располагаются в следующем порядке:

– диск с амоксициллином-клавулановой кислотой в центре чашки Петри;

– 2 диска с азтреонамом на расстоянии 20 и 30 мм (между центрами дисков) от диска

с амоксициллином-клавулановой кислотой;

– 2 диска с цефепимом на расстоянии 20 и 30 мм (между центрами дисков) от диска

с амоксициллином-клавулановой кислотой (рис. а, б).

Учет результатов:

Синергизм между клавулановой кислотой и азтреонамом и/или цефепимом свидетельствует о продукции ESBL (рис. а).

Отсутствие синергизма между клавулановой кислотой и азтреонамом и/или цефепимом свидетельствует об отсутствии ESBL (рис. б).

Тест позволяет выявлять продукцию ESBL в присутствии AmpC цефалоспоринов и металло-β-лактамаз (MBL), однако одновременная продукция KPC карбапенемаз может скрывать наличие ESBL.

Enterobacterales: метод «двойных дисков» для выявления синергизма между азтреонамом и цефтазидимом-авибактамом

Скрининговый тест оценки чувствительности к азтреонаму-авибактаму, который может использоваться при отсутствии зарегистрированных дисков и других средств оценки чувствительности к данной комбинации

Группа микроорганизмов: Enterobacterales

Параметры тестирования: см. параметры диско-диффузионного метода

Контроль качества: *K. pneumoniae* ВАА-2814 (KPC-3)

Процедура:

Диски с азтреонамом (30 мкг) и цефтазидимом-авибактамом (10–4 мкг) располагаются на расстоянии 20 мм между центрами дисков.

Учет результатов:

Синергизм между азтреонамом и цефтазидимом-авибактамом свидетельствует о чувствительности к азтреонаму-авибактаму (рис. с).

Литература

1. Verscheikden G., Noerast M., Staefs A., Van Honacker E., Vandoorislaer K., Vandervore L., Olbrecht M., Van Damme K., Demuyser T., Pierard D. and Wybo I. Aztreonam-avibactam synergy, a validation and comparison of diagnostic tools. *Frontiers in Microbiology*. 2023; doi 10.3389/fmicb.2023.1322180

Enterobacteriales и P. aeruginosa: метод инактивации карбапенемов

Цель: выявление продукции карбапенемаз (без дифференциации карбапенемаз по типу)

Метод инактивации карбапенемов

Группы микроорганизмов: Enterobacteriales, P. aeruginosa

Материалы: пробирки типа Еррендорф объемом 2 мл

1. Одноразовые петли
2. Пинцет
3. Стандартное микробиологическое оборудование (вортекс, денситометр, термостат)
4. Дистиллированная или деионизированная (Milli-Q) вода
5. Стерильный физиологический раствор
6. Исследуемый изолят
7. Индикаторный штамм E. coli ATCC 25922
8. Диск с меропенемом с 10 мкг
9. Чашки Петри с агаром Мюллера-Хинтон

Процедура:

1. Приготовить суспензию исследуемого изолята. Для этого полную (l) 10 мкл-петлю микробной культуры, выращенной на неселективной питательной среде, внести в пробирку с 150 мкл деионизированной воды. Тщательно ресуспендировать на вортексе.
2. Погрузить в суспензию диск с меропенемом (диск должен быть погружен полностью).
3. В качестве отрицательного контроля: диск с меропенемом поместить в пробирку с 150 мкл воды без внесения микробной культуры.
4. Инкубировать пробирки с микробной суспензией и с диском меропенема, а также пробирки с отрицательным контролем 3 часа при температуре 35°C.
5. Приготовить микробную взвесь с индикаторным штаммом E. coli ATCC 25922 в физиологическом растворе (0,5 ЕД мутности по МакФарланду) и нанести стерильным тампоном в трёх различных направлениях на чашку Петри с агаром Мюллера-Хинтон.
6. После завершения инкубации диск с меропенемом извлечь из суспензии с помощью пинцета, аккуратно удалив остатки жидкости о стенки пробирки, и поместить на чашку с предварительно нанесенным газоним чувствительного индикаторного штамма E. coli ATCC 25922.
7. Параллельно нанести диск с меропенемом из пробирки с отрицательным контролем.
8. Инкубировать чашки в течение не менее 8 часов при 35°C.
9. Измерить диаметр зоны подавления роста чувствительного индикаторного штамма E. coli ATCC 25922 вокруг дисков с меропенемом.

Учет результатов:

Зона подавления роста чувствительного индикаторного штамма E. coli ATCC 25922 вокруг диска с меропенемом > 25 мм свидетельствует об отсутствии продукции карбапенемаз. Отсутствие зоны подавления роста чувствительного индикаторного штамма E. coli ATCC 25922 вокруг диска с меропенемом (или зона подавления роста не более 10–12 мм) свидетельствует о продукции карбапенемаз исследуемым бактериальным изолятом (вследствие гидролиза меропенема в диске во время инкубации со взвесью исследуемого изолята).

Литература

1. van der Zwaluw K, de Haan A, Pluister GN, Bootsma HJ, de Neeling AJ, Schouls LM (2015) The Carbapenem Inactivation Method (CIM), a Simple and Low-Cost Alternative for the Carba NP Test to Assess Phenotypic Carbapenemase Activity in Gram-Negative Rods. PLoS ONE 10(3): e0123690. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123690>



- d) Продукция карбапенемаз обнаружена
- e) Продукция карбапенемаз не обнаружена
- f) Контроль

Enterobacteriales и *P. aeruginosa*: метод оценки чувствительности к колистину**Тест элюции колистина из дисков**

Группы микроорганизмов: Enterobacteriales, *P. aeruginosa*

Питательная среда: бульон Мюллера-Хинтон (пробирки по 10 мл)

Диски: колистина сульфат 10 мкг

Конечная концентрация колистина в пробирках: 0 мг/л (контроль), 1 мг/л, 2 мг/л и 4 мг/л

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокубация: обычная атмосфера, 34 ± 1°C, 18 ± 2 ч

Контроль качества: *E. coli* NCTC 13846 (иср-1 положительный) – МПК колистина – 4 мг/л (в отдельных случаях – 2 мг/л или 8 мг/л); *P. aeruginosa* ATCC 27853 – диапазон допустимых значений МПК 0,5–2 мг/л, целевое значение – 1 мг/л.

Процедура:

1. Бульон МХ и диски с колистином должны быть комнатной температуры
2. Приготовить 4 пробирки, содержащие по 10 мл бульона МХ
 - 1) пробирка 1 – промаркировать «1 мг/л», внести 1 диск с колистином
 - 2) пробирка 2 – промаркировать «2 мг/л», внести 2 диска с колистином
 - 3) пробирка 3 – промаркировать «4 мг/л», внести 4 диска с колистином
 - 4) пробирка 4 – промаркировать «0 мг/л», контроль роста
3. Аккуратно перемешать пробирки с дисками на вортексе и оставить для элюции колистина из дисков при комнатной температуре минимум на 30 мин, но не более, чем на 60 мин
4. Приготовить инокулюм
5. Добавить по 50 мкл стандартизированного инокулюма в каждую пробирку (1–4). Окончательная плотность инокулюма в пробирке будет $7,5 \times 10^5$ КОЕ/мл.

6. Для контроля чистоты 10 мкл исходного инокулюма с помощью тарированной петли нанести на поверхность кровяного агара.

7. Закрыть пробирки крышками и тщательно перемешать на вортексе на низкой скорости. Низкая скорость необходима для предотвращения адгезии колистина к внутренним поверхностям крышек и стекла над уровнем жидкости.

8. Ослабить крышки перед инокубацией.

Учет результатов:

– проверить чистоту культуры на контрольной чашке

– учет результатов проводится только при наличии признаков бактериального роста (помутнение среды) в контрольной пробирке.

Примечание. Отдельные изоляты *P. aeruginosa* иногда растут только вблизи поверхности жидкости

– оценить наличие роста в пробирках «1 мг/л» (1 диск), «2 мг/л» (2 диска), «4 мг/л» (4 диска); наименьшая концентрация, полностью подавляющая видимый рост, оценивается как МПК (рис. 9, h)

– для Enterobacteriales: Ч – (≤ 2) * мг/л, Р – > 2 мг/л

– для *P. aeruginosa*: Ч – (≤ 4) * мг/л, Р – > 4 мг/л

* Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. <https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/>.



g) МПК ≤ 1 мг/л

h) МПК = 2 мг/л

Литература

1. CLSI. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. 34th ed. CLSI supplement M100. Clinical and Laboratory Standards Institute; 2024

Таблица 2.5. *Stenotrophomonas maltophilia* complex. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность
Дополнительную информацию см. пояснительный документ EUCAST (*S. maltophilia*) на вебсайте www.eucast.org.

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Stenotrophomonas maltophilia complex (Smc) включает *S. maltophilia* и другие родственные виды: *S. milis*, *S. gepiculata*, *S. sepilia*, *S. forensis*, *S. ravanii*, *S. africana*, *S. hibiscicola*, *S. giyadhensis* и др., которые могут быть неразличимы с помощью рутинно используемых методов видовой идентификации.

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон (для цефидерокола см. http://www.eucast.org/guidance_documents/)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: МПК триметоприма-сульфаметоксазола учитывается как наименьшая концентрация препарата, которая подавляет приблизительно 80% роста по сравнению с ростом в контрольной ячейке. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922.

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

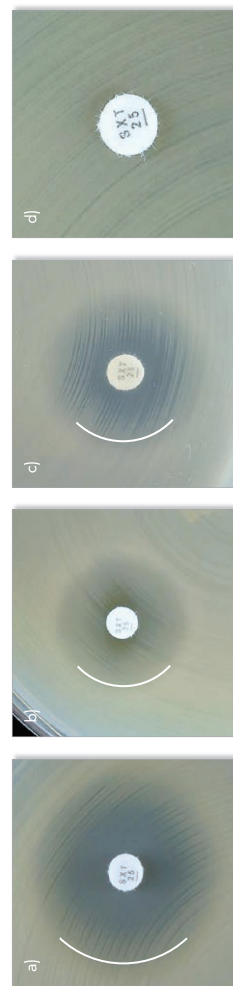
Инокубация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Чашку Петри помещают сверху дном на темную поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете (дополнительные инструкции – см. ниже)). Часть 1, раздел 1.

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефтазидим	-	-	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Цефепим	-	-	-	-	-	-	-	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефидерокол ¹	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	30	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А	1. Для определения МПК методом микроразведений в бульоне необходимо использовать бульон Мюллера-Хинтон с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов (см. https://www.eucast.org/guidancedocuments/). 2/А. <i>In vitro</i> активность цефидерокола в отношении <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> сравнима с его активностью в отношении Enterobacterales, эти данные подтверждаются также и на животных моделях. Однако клинических данных, необходимых для установления клинических пограничных значений, недостаточно. Изоляты с МПК ≤ 0,5 мг/л (диаметром зоны подавления роста ≥ 28 мм), в основном не имеют механизмов резистентности, терапия данным препаратом, вероятно, может быть рассмотрена. Изоляты с МПК 1–2 мг/л имеют приобретенные механизмы резистентности. Данные о клинической эффективности при лечении инфекций, вызванных такими изолятами, ограничены. Однако в условиях ограниченного выбора терапевтических опций, терапия цефидероколом также может быть рассмотрена. Изоляты с МПК > 2 мг/л (диаметром зоны подавления роста < 22 мм), вероятно, будут резистентными.
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Азтреонам	-	-	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Азтреонам-авибактам	НД ¹	НД ¹	НД ¹	НД	НД	НД	НД	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Для исключения приобретенных механизмов резистентности могут быть использованы ESCOFF (МПК > 8 мг/л или диаметр зоны подавления роста вокруг диска с азтреонамом-авибактамом 30–20 мкг < 21 мм свидетельствуют о наличии приобретенных механизмов резистентности).

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Фторхинолоны используются в составе комбинированной терапии. Для исключения приобретенных механизмов резистентности можно воспользоваться ESOFF: ESOFF ципрофлоксацина – 16 мг/л; ESOFF левофлоксацина – 4 мг/л. А. Критерии для диско-диффузионного метода не разработаны.
Левифлоксацин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Миноциклин	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Тетрациклины используются в составе комбинированной терапии. Для исключения приобретенных механизмов резистентности можно воспользоваться ESOFF: ESOFF миноциклина – 2 мг/л, ESOFF тигециклина – 4 мг/л. 2. Для внутривенной терапии. Пероральная терапия не приводит к надлежашему эффекту. А. Критерии для диско-диффузионного метода не разработаны.
Тигециклин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	0,001	2	1,25–23,75	50 ^А	16 ^{А,В}	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму. А. Внутри зоны подавления роста может наблюдаться рост, плотность которого может варьировать от легкой вуалеобразной до достаточно выраженной (см. рисунок ниже). В случае если край зоны можно определить, следует игнорировать рост внутри зоны подавления и измерить диаметр зоны. В. Резистентность к триметоприму-сульфаметоксазолу у <i>S. maltophilia</i> встречается редко и должна быть подтверждена одним из методов определения МПК.



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Stenotrophomonas maltophilia* complex к триметоприму-сульфаметоксазолу.

а–с) Измерение проводится по внешнему краю зоны подавления роста. Измерьте диаметр зоны подавления роста по внешнему краю и оцените в соответствии с пограничными значениями.

д) Рост до края диска и нет признаков подавления роста (зона подавления роста отсутствует). Изолят оценивается как резистентный.

Пояснение

***Stenotrophomonas maltophilia* complex (Smc)** – микроорганизмы, широко распространенные в окружающей среде. Их выделение из клинического материала пациентов чаще всего свидетельствует о колонизации, однако в некоторых случаях эти виды могут вызывать инфекции, особенно у пациентов с иммуносупрессией или муковисцидозом [1–3].

Резистентность к АМП

Виды, входящие в Smc обладают устойчивостью ко многим антибиотикам, что обусловлено наличием множества природных механизмов. Наличие двух индуцибельных хромосомных генов – L1 (металло-бета-лактамазы B3) и L2 (сериновой бета-лактамазы с цефалоспориновой активностью) – определяет устойчивость к большинству бета-лактамов, включая карбапенемы и азтреонам. Кроме того, представители *S. maltophilia* complex характеризуется ожидаемой устойчивостью к аминогликозидам из-за продукции двух протеаз (CprA и HtrX), аминогликозид-модифицирующих ферментов, таких как аминогликозид-фосфотрансфераза (APH-3'-IIC) или ацетилтрансфераза (AAC-6'-Iz), и нескольких RND-эффлюксных систем, таких как SmeYZ [2]. Другие эффлюксные системы также могут влиять на активность «старых» тетрациклинов. Наличие хромосомно-кодируемого гена Smqng еще больше снижает активность фторхинолонов. Более того, резистентность к широкому кругу антимикробных препаратов, включая триметоприм-сульфаметоксазол, может быть связана с мутациями хромосомных генов или приобретением новых генов.

Активность АМП

Для нескольких антимикробных препаратов установлены значения эпидемиологических точек отсечения (ECOFF). Однако надежность результатов определения чувствительности к ряду антимикробных препаратов может быть поставлена под сомнение в связи с трудностями определения МПК для Smc и более выраженной по сравнению с большинством других микроорганизмов вариабельностью получаемых результатов между методами. Для некоторых наиболее часто используемых для терапии антимикробных препаратов имеются достаточные данные для определения значений ECOFF или предельных ECOFF.

Терапия: нерешенные вопросы

Несмотря на результаты последних фармакодинамических исследований *in vitro* и на животных моделях [4–15], а также ряда метаанализов ретроспективных данных [16–23], остается несколько неопределенностей:

- В чем причина таких высоких показателей клинической неэффективности и смертности? Является ли это отражением тяжести или типа сопутствующих заболеваний?
- Означают ли отсутствие бактерицидного эффекта и возможная более низкая эффективность триметоприм-сульфаметоксазола по сравнению с фторхинолонами, необходимость изменения реко-

мендаций использования триметоприм-сульфаметоксазола в качестве препарата первого выбора для терапии?

- Если да, то какой(ие) препарат(ы) должны для этого использоваться?
- Предполагаемые пограничные значения ФК/ФД ниже по сравнению со значениями ECOFF для всех препаратов, кроме цефидерокола (и, возможно, миноциклина). Означает ли это, что данные препараты должны стать основным предметом будущих исследований?
 - Когда могут появиться дополнительные клинические данные об эффективности цефидерокола?
- Будет ли полезным использование в клинике комбинации азтреонама с ингибитором бета-лактамаз, таким как авибактам?
 - По оценкам ФК/ФД параметров (Barrasa et al.) можно предположить, что эта комбинация, будет недостаточна эффективна, по крайней мере, в режиме монотерапии.
- Действительно ли комбинированные схемы хуже (или по крайней мере не лучше) монотерапии?
 - В проведенных исследованиях сравнивалась только комбинированная терапия с монотерапией и не рассматривался вопрос о том, могут ли одни комбинации превосходить другие и потенциально превосходить монотерапию. Также, вероятно, в наблюдательных исследованиях более тяжелые пациенты с большей вероятностью получают комбинированную терапию.

Варианты терапии, использующиеся в настоящее время

Наиболее часто для терапии рекомендуется использовать триметоприм-сульфаметоксазол. И это единственный препарат, для которого в 2024 году были установлены пограничные значения: МПК $\leq 0,001$ мг/л – чувствительный; МПК > 4 мг/л – резистентный, что подчеркивает необходимость высокой экспозиции, обычно это ≥ 15 мг/кг в день (по триметоприму) [1–3]. В 2025 году пограничное значение для категории Р в 2025 было снижено, что явилось следствием пересмотра и снижения ECOFF с 4 до 2 мг/л.

Если триметоприм-сульфаметоксазол не может использоваться для терапии из-за резистентности или, что чаще, непереносимости сульфонида у пациента, выбор терапии затруднен. В исследованиях *in vitro* проводилось изучение активности различных противомикробных препаратов, но выбор оптимальных комбинаций еще предстоит определить в ходе проспективных клинических исследований [22].

Возможные альтернативные терапевтические подходы в будущем

Цефидерокол характеризуется хорошей активностью *in vitro*, а также используется для лечения серьезных инфекций, вызванных Smc, но опубликованных данных на настоящий момент недостаточно: в рамках

пилотных предрегистрационных исследований описано 5 случаев (CREDIBLE-CR study [26]) и 1 случай (APEKS-NP study [27]). Описаны несколько клинических случаев лечения пневмонии, вызванной Smc, с использованием режимов на основе цефидерокола [28,29]. Результаты изучения модели пневмонии у кроликов показали более высокую эффективность цефидерокола по сравнению с триметопримом-сульфаметоксазолом [30]. Однако клинический опыт использования этого препарата в настоящее время крайне ограничен.

Определение чувствительности к АМП

Определение чувствительности Smc затруднительно, так как на результаты оказывает существенное влияние температура инкубации, используемые среды и методика исследования [31–39]. Результаты определения чувствительности к антибиотику, за исключением ко-тримоксазола, должны оцениваться с осторожностью, так как нет доказательств взаимосвязи между результатами определения чувствительности и клиническими исходами при инфекциях, вызванных Smc.

Результаты определения чувствительности к триметоприму-сульфаметоксазолу характеризуются большей воспроизводимостью по сравнению с результатами исследования других АМП.

Определение чувствительности к **триметоприму-сульфаметоксазолу** можно проводить диско-диффузионным методом. Однако учет результатов имеет определенные особенности и должен проводиться в соответствии с рекомендациями, приведенными выше (Рисунок), для предотвращения гипердиагностики резистентности.

Определение чувствительности к **цефидероколу**: данных для установления клинических пограничных значений в настоящее время недостаточно; предварительное значение ECOFF – см. выше.

Определение чувствительности к **азтреонаму-авибактаму**: данных для установления клинических пограничных значений в настоящее время недостаточно.

Выводы и рекомендации

В настоящее время имеется небольшое количество данных для обоснования альтернативных режимов терапии инфекций, вызванных Smc. Исторически препаратом выбора считался триметоприм-сульфаметоксазол, однако ретроспективные клинические данные ставят под сомнение его преимущества по сравнению с другими препаратами.

В качестве альтернативных препаратов обсуждались и использовались фторхинолоны (в основном левофлоксацин и моксифлоксацин), внутривенный миноциклин и цефидерокол, но клинических доказательств их эффективности или корреляции между результатами определения чувствительности и клиническими исходами недостаточно. При отсутствии внутривенного миноциклина может быть использован тигециклин.

Несмотря на результаты метаанализов и других исследований, предполагающих превосходство фторхинолонов над триметоприм-сульфаметоксазолом, их роль оценить сложно из-за неблагоприятных ФК/ФД показателей.

В настоящее время препаратом с наиболее благоприятной активностью *in vitro* является цефидерокол; предполагается, что его использование в качестве терапии первой линии может быть предпочтительнее традиционного триметоприма-сульфаметоксазола. Однако до появления результатов клинических исследований, подтверждающих этот вывод, неопределенность будет сохраняться [40]. Таким образом, эффективность всех антимикробных препаратов и их комбинаций в настоящее время не определена, и лечащие врачи должны проявлять бдительность в случаях сомнительного клинического ответа.

Литература

1. Abbott U, Slavin MA, Turnidge JD, Thursky KA, Worth LJ. *Stenotrophomonas maltophilia*: emerging disease patterns and challenges for treatment. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2011; 9:471-88
2. Brooke JS. *Stenotrophomonas maltophilia*: Advances in the microbiology of *Stenotrophomonas maltophilia*. *Clin Microbiol Rev* 2021; 34:e00030-19
3. Maraolo AE, Licciardi F, Gentile I, Saracino Am Belati A, Bavaro DF. *Stenotrophomonas maltophilia* Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Efficacy of Available Treatments, with Critical Assessment of Novel Therapeutic Options. *Antibiotics* 2023;12:910.
4. Wei C, Ni W, Zhao J, Cui J. Evaluation of trimethoprim-sulfamethoxazole (SXT), minocycline, tigecycline, loxifloxacin and ceftazidime alone and in combinations for SXT-susceptible and SXT-resistant *Stenotrophomonas maltophilia* in *in vitro* time-kill experiments. *PLoS ONE* 2016, 11, e0152132.
5. Lasko MJ, Gethers ML, Tabor-Rennie JL, Nicolau DP. *In vitro* time-kill studies of trimethoprim/sulfamethoxazole against *Stenotrophomonas maltophilia* using cation-adjusted Mueller-Hinto broth and IsoSensitest broth. *Antimicrob Agents Chemother* 2022; 66:e2167-21
6. Lasko, M.J.; Tabor-Rennie, J.L.; Nicolau, D.P.; Kuti, J.L. Trimethoprim/sulfamethoxazole pharmacodynamics against *Stenotrophomonas maltophilia* in the *in vitro* chemostat model. *J. Antimicrob. Chemother.* 2022, 77, 3187–3193.
7. Wei, C.; Ni, W.; Cai, X.; Cui, J. A Monte Carlo pharmacokinetic/pharmacodynamic simulation to evaluate the efficacy of minocycline, tigecycline, moxifloxacin, and levofloxacin in the treatment of hospital-acquired pneumonia caused by *Stenotrophomonas maltophilia*. *Infect. Dis.* 2015, 47, 846–851
8. Chen IH, Kidd JM, Abdelraouf K, Nicolau DP. Comparative *In Vivo* Antibacterial Activity of Human-Simulated Exposures of Cefiderocol and Ceftazidime against *Stenotrophomonas maltophilia* in the Murine Thigh Model. *Antimicrob Agents Chemother.* 2019; 63:e01558-19
9. Fratoni AJ, Nicolau DP, Kuti JL. Levofloxacin pharmacodynamics against *Stenotrophomonas maltophilia* in a neutropenic murine thigh infection model: implications for susceptibility breakpoint revision. *J Antimicrob Chemother.* 2021; 77(1):164-168.
10. Fratoni AJ, Nicolau DP, Kuti JL. Minocycline pharmacodynamics against *Stenotrophomonas maltophilia* in the neutropenic murine infection model: implications for susceptibility breakpoints *J Antimicrob Chemother.* 2022; 77(4):1052-1060

11. Kawaguchi N, Katsube T, Echols R, Wajima T. Population Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Analyses of Cefiderocol, a Parenteral Siderophore Cephalosporin, in Patients with Pneumonia, Bloodstream Infection/Sepsis, or Complicated Urinary Tract Infection. *Antimicrob Agents Chemother*. 2021;65(3):e01437-20.
12. Ramsey, Christopher C; MacGowan A. A review of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of aztreonam. *J Antimicrob Chemother*, 2016; 71:2704-2712 13.
13. Principe, L.; Lupia, T.; Andriani, L.; Campanile, F.; Carcione, D.; Corcione, S.; De Rosa, F.G.; Luzzati, R.; Stroffolini, G.; Steyde, M.; et al. Microbiological, Clinical, and PK/PD Features of the New Anti-Gram-Negative Antibiotics: β -Lactam/ β -Lactamase Inhibitors in Combination and Cefiderocol-An All-Inclusive Guide for Clinicians. *Pharmaceuticals* 2022, 15, 463.
14. Nichols WW; Newell P.; Critchley IA; Riccobene T; Das S. Avibactam Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Targets. *Antimicrob. Agents Chemother*. 2018, 62, e02446-17.
15. Barrasa H, Morán MA, Fernández-Ciriza L, Isla A, Solinís MÁ, Canut-Blasco A, Rodríguez-Gascón A. Optimizing Antibiotic Therapy for Stenotrophomonas maltophilia Infections in Critically Ill Patients: A Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Approach. *Antibiotics (Basel)* 2024;13:553.
16. Ko JH, Kang CI, Cornejo-Juárez P, Yeh KM, Wang CH, Cho SY, Gözel MG, Kim SH, Hsueh PR, Sekiya N, Matsumura Y, Lee DG, Cho SY, Shiratori S, Kim YJ, Chung DR, Peck KR. Fluoroquinolones versus trimethoprim-sulfamethoxazole for the treatment of Stenotrophomonas maltophilia infections: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2019;25:546-554.
17. Prawang AA, Chanjamlong N, Rungwara W, Santimaleeworagun W, {aiboovong T, Manapattanasastain T, Pitirattanasastain T, Kitseree P, Kanchanasurakit S. Combination therapy versus monotherapy in the treatment of Stenotrophomonas maltophilia infections: a systematic review and meta-analysis. *Antibiotics* 2022; 11:1788.
18. Maraolo AE, Licciardi F, Gentile I, Saracino A, Belati A, Bavaro DF. Stenotrophomonas maltophilia: a systematic review and meta-analysis of comparative efficacy of available treatments, with critical assessment of novel therapeutic options. *Antibiotics (Basel)* 2023; 12, 910.
19. Hevia EC, Wooten L, Carr AL. Trimethoprim/Sulfamethoxazole vs Minocycline for the Treatment of Nonurinary Monomicrobial Stenotrophomonas maltophilia Infections in Hospitalized Patients. *Ann Pharmacother* 2024; 58:698-704.
20. Alhayani T, Philpott CD, Liao S, Gentene AJ, Mueller EV. Comparison of Doxycycline or Minocycline to Sulfamethoxazole-Trimethoprim for Treatment of Stenotrophomonas maltophilia Pneumonia. *Ann Pharmacother* 2024; 58:21-27.
21. Almangour TA, Alkherb Z, Alruwaite S, Alsahli R, Alali H, Almohaizeie A, Almuhsen S, Alowais SA, Saleh KB, Fetyani L, Alnashmi F, Alghofaily A, Abouobaid NI, Binkhamis KM, Tawfik EA, Alsowaida YS. *J Glob Antimicrob Resist*. Trimethoprim-sulfamethoxazole versus levofloxacin for the treatment of Stenotrophomonas maltophilia infections: A multicentre cohort study. 2024; 38:42-48.
22. Almangour TA, Alali HA, Alkherb Z, Alowais SA, Bin Saleh K, Almuhsen S, Almohaizeie A, Alsahli R, Alruwaite S, Alnashmi F, Fetyani L, Abouobaid NI, Alghofaily A, Binkhamis KM, Alsowaida YS. Monotherapy versus combination for the treatment of Stenotrophomonas maltophilia: a multicenter cohort study. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2024; 13:1-9.
23. Huang C, Lin L, Kuo S. Risk factors for mortality in Stenotrophomonas maltophilia bacteremia – a meta-analysis. *Infect Dis (Lond)*. 2024; 56:335-347.
24. Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, Mathers AJ, van Duin D, Clancy CJ. Infectious Diseases Society of America Guidance on the Treatment of AmpC β -lactamase-Producing Enterobacterales, Carbapenem-Resistant Acinetobacter baumannii, and Stenotrophomonas maltophilia Infections. *Clin Infect Dis*. 2022; 74(12):2089-2114
25. Tamma PD, Heil EL, Justo JA, Mathers AJ, Satlin MJ, Bonomo RA. Infectious Diseases Society of America 2024 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections. *Clin Infect Dis*. 2024 Aug 7:ciae403.
26. Bassetti M, Echols R, Matsunaga Y, Ariyasu M, Doi Y, Ferrer R, Lodise TP, Naas T, Niki Y, Paterson DL, Ports mouth S, Torre-Cisneros J, Toyozumi K, Wunderink RG, Nagata TD. Efficacy and safety of cefiderocol or best available therapy for the treatment of serious infections caused by carbapenem-resistant Gram-negative bacteria (CREDIBLE-CR): a randomised, open-label, multicentre, pathogen-focused, descriptive, phase 3 trial. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(2):226-240.
27. Wunderink RG, Matsunaga Y, Ariyasu M, Clevenbergh P, Echols R, Kaye KS, Kollef M, Menon A, Pogue JM, Shorr AF, Timsit JF, Zeitlinger M, Nagata TD. Cefiderocol versus high-dose, extended-infusion meropenem for the treatment of Gram-negative nosocomial pneumonia (APEKS-NP): a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Infect Dis*. 2021; 21(2):213-225.
28. Zappulo E, Grimaldi F, Paolillo R, Pinchera B, Buonomo AR, Picardi M, Catania MR, Pane F, Gentile I. Successful treatment of MDR Stenotrophomonas maltophilia-associated pneumonia with cefiderocol-based regimen in a patient with hematological malignancy. *Ann Hematol* 2022; 101(12):2805-2806.
29. Fratoni AJ, Kuti JL, Nicolau DP. Optimised cefiderocol exposures in a successfully treated critically ill patient with polymicrobial Stenotrophomonas maltophilia bacteraemia and pneumonia receiving continuous venovenous haemodiafiltration. *Int J Antimicrob Agents*. 2021; 58:106395.
30. Petraitis V, Petraitiene R, Kavaliauskas P, Naing E, Garcia A, Georgiades BN, Echols R, Bonomo RA, Yamano Y, Satlin MJ, Walsh TJ. Efficacy of Cefiderocol in Experimental Stenotrophomonas maltophilia Pneumonia in Persistently Neutropenic Rabbits. *Antimicrob Agents Chemother*. 2022; 66(10):e0061822
31. Bonfiglio G and Livermore DM. Effect of media composition on the susceptibility of Xanthomonas maltophilia to beta-lactam antibiotics. *J Antimicrob Chemother* 1991; 28:837-842.
32. Hawkey PM, Birkenhead D, Kerr KG, Newton KE, and Hyde WA. Effect of divalent cations in bacteriological media on the susceptibility of Xanthomonas maltophilia to imipenem, with special reference to zinc ions [see comments]. *J Antimicrob Chemother* 1993; 31:47-55.
33. Carroll KC., Cohen L, Nelson R, Campbell DM, Claridge JD, Garrison MW, Kramp J, Malone C, Hoffmann CM, and Anderson DE. Comparison of various *in vitro* susceptibility methods for testing Stenotrophomonas maltophilia. *Diag Microbiol Infect Dis* 1998; 32: 229-235.
34. Gulmez D, Cakar A, Sener B, Karakaya J, and Hascelik G. Comparison of different antimicrobial susceptibility testing methods for Stenotrophomonas maltophilia and results of synergy testing. *J Infect Chemother* 2010; 16: 322-328.
35. Masgala A Galani I, Souli M, and Giamarelou H. Discrepancies between various methods in susceptibility testing and epidemiological analysis of Stenotrophomonas maltophilia clinical isolates. *Cent Eur J Public Health* 2010; 18: 119-123.
36. Nicodemo AC, Araujo MR, Ruiz AS, and Gales AC. *In vitro* susceptibility of Stenotrophomonas maltophilia isolates: comparison of disc diffusion, Etest and agar dilution methods. *J Antimicrob Chemother* 2004; 53: 604-608.
37. Tatman-Otkun M, Gurcan S, Ozer S, Aydoslu B, and Bukavaz S. The antimicrobial susceptibility of Stenotrophomonas maltophilia isolates using three different methods and their genetic relatedness. *BMC Microbiol* 2005; 5: 24
38. Wheat PF, Winstanley TG, and Spencer RC. Effect of temperature on antimicrobial susceptibilities of Pseudomonas maltophilia. *J Clin Pathol* 1985; 38: 1055-1058
39. Rhoads DD. Stenotrophomonas maltophilia Susceptibility Testing Challenges and Strategies. *J Clin Microbiol*. 2021;59(9):e0109421
40. Cai B, Zhou Y, Cooper A, Marcella S. Real-World Experience of Cefiderocol in Treating Bacterial Infection in US Hospitals (Jan 2020-June 2021). *Open Forum Infect Disease* 2022; 9, Supplement_2, December 2022, [Abstract publication]

Таблица 2.6. *Acinetobacter* spp. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и ожидаемые фенотипы

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1) Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон (для цефидеро-кола см. http://www.eucast.org/guidance_documents/)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон
Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Род *Acinetobacter* включает несколько видов. Наиболее часто из клинических образцов выделяются виды, входящие в группу *A. baumannii* group, которая включает *A. baumannii*, *A. posocomialis*, *A. pittii*, *A. dijkshoorniae* и *A. seifertii*. Другие виды: *A. bereziniae*, *A. haemolyticus*, *A. junii*, *A. lwofii*, *A. ursingii* и *A. variabilis*. В таблицах EUCAST *Acinetobacter* обозначаются как *Acinetobacter* spp., поскольку исследования, лежащие в основе установления пограничных значений, различаются по своим возможностям межвидовой дифференциации.

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин	-	-	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Определение чувствительности <i>Acinetobacter</i> spp. к пенициллинам не обеспечивает получения достоверных результатов. В большинстве случаев <i>Acinetobacter</i> spp. резистентны к пенициллинам.
Ампициллин	-	-	-	-	-	-		
Ампициллин-сульбактам	НД	НД	НД	НД	НД	НД		
Амоксициллин	-	-	-	-	-	-		
Амоксициллин-клавулановая кислота	-	-	-	-	-	-		
Пиперациллин	НД	НД	НД	НД	НД	НД		
Пиперациллин-тазобактам	НД	НД	НД	НД	НД	НД		
Тикарциллин-клавулановая кислота	НД	НД	НД	НД	НД	НД		
Телоциллин	-	-	-	-	-	-		
Феноксиметилпенициллин	-	-	-	-	-	-		
Оксациллин	-	-	-	-	-	-		
Клоксациллин	-	-	-	-	-	-		
Диклоксациллин	-	-	-	-	-	-		
Флулоксациллин	-	-	-	-	-	-		
Мециллинам перорально (пивмециллинам) (только цистит)	-	-	-	-	-	-		

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефаклор	-	-	-	-	-	-	-	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Для определения МПК методом микроразведений в бульоне необходимо использовать бульон Муллера-Хинтона, с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов (см. http://www.eucast.org/guidance_documents/).</p> <p>2/А. <i>In vitro</i> активность цефидерокола в отношении Acinetobacter spp. сравнима с его активностью в отношении Enterobacterales, эти данные подтверждаются также и на животных моделях. Однако клинических данных, необходимых для установления клинических пограничных значений, недостаточно. Изоляты с МПК ≤ 0,5 мг/л (диаметром зоны подавления роста ≥ 21 мм), в основном не имеют механизмов резистентности, терапия данным препаратом, вероятно, может быть рассмотрена. Изоляты с МПК 1–2 мг/л имеют приобретенные механизмы резистентности. Данные о клинической эффективности при лечении инфекций, вызванных такими изолятами, ограничены. Однако в условиях ограниченного выбора терапевтических опций, терапия цефидероколом также может быть рассмотрена. Изоляты с МПК > 2 мг/л (диаметром зоны подавления роста < 17 мм) имеют приобретенные механизмы устойчивости и, вероятно, будут резистентными к цефидероколу.</p>
Цефалексин	-	-	-	30	-	-	-	
Цефазолин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефепим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефепим-эпиметабактам	-	-	-	-	-	-	-	
Цефидерокол ¹	Прим. ²	Прим. ²	-	30	Прим. ^А	Прим. ^А	-	
Цефиксим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефотаксим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефокситин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефподоксим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтаролин	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтазидим	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтазидим-авибактам	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтибутен	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтобипрол	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтолозан-тазобактам	-	-	-	-	-	-	-	
Цефтриаксон	-	-	-	-	-	-	-	
Цефуросим в/в	-	-	-	-	-	-	-	
Цефуросим перорально	-	-	-	-	-	-	-	

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Дорипенем	0,001	2	-	10	50	22	-	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Бета-лактамазы, продуцируемые микроорганизмами, не модифицируют карбапенемы или недостаточно подавляются ингибиторами. Поэтому добавление ингибитора не имеет клинического преимущества.</p>
Эртапенем	-	-	-	-	-	-	-	
Имипенем	2	4	-	10	24	21	-	
Имипенем-релебактам ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	-	-	Прим. ^А	Прим. ^А	-	
Меропенем (при всех инфекциях кроме менингита)	2	8	-	10	21	15	-	
Меропенем (менингит)	2	2	-	10	21	21	-	
Меропенем-ваборбактам ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	-	-	Прим. ^А	Прим. ^А	-	
Биапенем	НД	НД	-	-	НД	НД	-	

Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам	-	-	-	-	-	
<i>Азтреонам-авибактам</i>	-	-	-	-	-	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,001	1	5	50	21	
Делафлоксацин	НД	НД		НД	НД	
Левифлоксацин	0,5	1	5	23	20	
Моксифлоксацин	-	-		-	-	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		НП	НП	
Норфлоксацин (только цистит)	-	-		-	-	
Офлоксацин	-	-		-	-	
Аминогликозиды¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин (системные инфекции)	(8) ¹	(8) ¹	30	(19) ^А	(19) ^А	
Амикацин (источник инфекции – мочевые пути)	8	8	30	19	19	
Гентамицин (системные инфекции)	(4) ¹	(4) ¹	10	(17) ^А	(17) ^А	
Гентамицин (источник инфекции – мочевые пути)	4	4	10	17	17	
Нетилицин	НД	НД		НД	НД	
Тобрамцин (системные инфекции)	(4) ¹	(4) ¹	10	(17) ^А	(17) ^А	
Тобрамцин (источник инфекции – мочевые пути)	4	4	10	17	17	

Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Далбаванцин	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Оритаванцин	-	-	-	-	-	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тейкопланин	-	-	-	-	-	
Телаванцин	-	-	-	-	-	
Ванкомицин	-	-	-	-	-	

Макролиды, линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азитромицин	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Кларитромицин	-	-	-	-	-	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Эритромицин	-	-	-	-	-	
Рокситромицин	-	-	-	-	-	
Клиндамицин	-	-	-	-	-	
Хинупристин-далфопристин	-	-	-	-	-	

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Миноциклин	НД	НД	НД	НД	НД	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тетрациклин	-	-	-	-	-	1. Миноциклин обсуждается как альтернативная терапия при инфекциях, вызванных <i>Acinetobacter</i> . «НД» в таблице относится только к внутривенной терапии. Пероральное введение не обеспечит достаточной эффективности.
Тигециклин	НД	НД	НД	НД	НД	
Эравацилин	НД	НД	НД	НД	НД	

Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Тедизолид	-	-	-	-	-	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.

Другие antimicrobные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Хлорамфеникол	-	-	-	-	-	-	-	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. МПК колистина следует определять только методом микроразведений в бульоне. Для контроля качества определения чувствительности к колистину необходимо использовать два контрольных штамма: чувствительный (<i>E. coli</i> ATCC 25922 или <i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853) и резистентный <i>E. coli</i> NCTC 13846 (<i>msr-1</i> положительный) к колистину.</p> <p>2. Изоляты, чувствительные к колистину, следует оценивать как «Чувствительные» к полмиксину В; изоляты, резистентные к колистину, следует оценивать как «Резистентные» к полмиксину В.</p> <p>3. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>4/В. Удалены рекомендации по определению чувствительности. Информацию по использованию фосфомидина в/в в составе комбинированной терапии см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>5. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.</p> <p>А. Следует использовать метод определения МПК (только метод микроразведений в бульоне).</p>
Колистин ^{1,2}	(2) ³	(2) ³	-	Прим. ^А	Прим. ^А	-	-	
Далтомидин	-	-	-	-	-	-	-	
Фосфомидин в/в	Прим. ⁴	Прим. ⁴	-	Прим. ^В	Прим. ^В	-	-	
Фосфомидин перорально	-	-	-	-	-	-	-	
Фузидовая кислота	-	-	-	-	-	-	-	
Лефамулин	-	-	-	-	-	-	-	
Метронидазол	-	-	-	-	-	-	-	
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-	-	-	-	-	-	
Нитроксолин (только цистит)	-	-	-	-	-	-	-	
Рифампицин	-	-	-	-	-	-	-	
Спектиномицин	-	-	-	-	-	-	-	
Триметоприм (только цистит)	-	-	-	-	-	-	-	
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁵	0,5	0,5	1,25-23,75	16	16	16	16	

Таблица 2.7. *Staphylococcus* spp. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и ожидаемые фенотипы

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкаубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч)

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Staphylococcus aureus* ATCC 29213. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пограничные значения применяются ко всем видам рода *Staphylococcus*, если нет дополнительных указаний. Имеющиеся видоспецифические пограничные значения указаны в таблице.

- Для коагулазоположительных стафилококков, отличных от *S. aureus* (*S. argenteus*, *S. schweitzeri*, *S. intermedius*, *S. pseudintermedius* и *S. coagulans*) информация о пограничных значениях для большинства препаратов ограничена. Для *S. argenteus* можно использовать пограничные значения для *S. aureus*.
- Коагулозонегативные стафилококки включают: *S. caritis*, *S. cohnii*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*, *S. hyicus*, *S. lugdunensis*, *S. pettenkoferi*, *S. saprophyticus*, *S. schleiferi*, *S. sciuri*, *S. simulans*, *S. warneri* и *S. xylosum*.
- Определение чувствительности *S. saccharolyticus* проводится в соответствии с методологией определения чувствительности анаэробных бактерий и рекомендациями по интерпретации результатов при отсутствии пограничных значений (<https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/>).

Пенициллины ¹	Пограничные значения (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН	
Бензилпенициллин, <i>S. aureus</i>	0,125 ¹	0,125 ¹	1 ЕД	26 ^{A,B}	3ТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Бензилпенициллин, <i>S. lugdunensis</i>	0,125	0,125	1 ЕД	26		Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Бензилпенициллин, другие стафилококки	Прим. ²	Прим. ²		Прим. ^С		1/А. Большинство <i>S. aureus</i> продуцируют пеницилиナーзу, а некоторые являются метициллинорезистентными. Оба механизма обеспечивают резистентность к бензилпенициллину, феноксиметилпенициллину, ампициллину, амоксициллину, пиперациллину и тикарциллину. Изоляты, чувствительные к бензилпенициллину и цефокситину, оцениваются как чувствительные ко всем пенициллинам. Изоляты, резистентные к бензилпенициллину, но чувствительные к цефокситину, являются чувствительными к ингибиторозащитным бета-лактамам, изоксазолилпенициллинам (оксациллин, флоксациллин, диклоксациллин и флулоксациллин) и нафциллину. Для препаратов, назначаемых перорально, следует учитывать возможность достижения необходимой экспозиции в очаге инфекции. Изоляты, резистентные к цефокситину, являются резистентными ко всем пенициллинам.
Ампициллин, <i>S. saprophyticus</i>	Прим. ^{2,3}	Прим. ^{2,3}	2	18 ^{СD}		2/С. Большинство стафилококков продуцируют пеницилиナーзу, а некоторые являются метициллинорезистентными. Оба механизма обеспечивают резистентность к бензилпенициллину, феноксиметилпенициллину, ампициллину, амоксициллину, пиперациллину и тикарциллину. В настоящее время нет надежных методов выявления продукции пеницилиナーзы у всех видов стафилококков. Но метициллинорезистентность выявляется с помощью теста с цефокситином.
Ампициллин-сульбактам	Прим. ^{1,2,3}	Прим. ^{1,2,3}		Прим. ^{A,C,D}		
Амоксициллин	Прим. ^{1,2,3}	Прим. ^{1,2,3}		Прим. ^{A,C,D}		
Амоксициллин-клавулановая кислота	Прим. ^{1,2,3}	Прим. ^{1,2,3}		Прим. ^{A,C,D}		
Пиперациллин	Прим. ^{1,2,3}	Прим. ^{1,2,3}		Прим. ^{A,C,D}		
Пиперациллин-тазобактам	Прим. ^{1,2,3}	Прим. ^{1,2,3}		Прим. ^{A,C,D}		
Тикарциллин-клавулановая кислота	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		Прим. ^{A,C}		
Темоцillin	-	-		-		
Феноксиметилпенициллин, <i>S. aureus</i>	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^A		3/D. Чувствительные к ампициллину изоляты <i>S. saprophyticus</i> не имеют теста-гена и являются чувствительными к ампициллину, амоксициллину и пиперациллину (и их комбинациям с ингибиторами бета-лактамаз).

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Феноксиметилпенициллин, коагулазонегативные стафилококки	- ²	- ²	ЗТН	ЗТН		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Оxacillin (только скрининг) , <i>S. pseudintermedius</i> , <i>S. intermedius</i> , <i>S. schleiferi</i> и <i>S. coagulans</i>	НП	НП	20 ^Е	20 ^Е		4. <i>S. aureus</i> , <i>S. lugdunensis</i> и <i>S. zargarphyticus</i> с МПК оксацилина > 2 мг/л чаще всего являются резистентными к метициллину за счет наличия гена <i>mecA</i> или <i>mecC</i> . Некоторые (редкие) штаммы <i>S. aureus</i> , не обладающие устойчивостью, ассоциированной с <i>mec</i> -геном, имеют высокие значения МПК оксацилина. Такие штаммы получили название BORSА (borderline oxacillin resistant <i>S. aureus</i>). EUCAST не рекомендует проводить систематический скрининг для выявления BORSА. У коагулазонегативных стафилококков, кроме <i>S. zargarphyticus</i> и <i>S. lugdunensis</i> , соответствующим критерием метициллинорезистентности является МПК оксацилина > 0,25 мг/л.
Оксациллин⁴, другие стафилококки	Прим. ^{1,4}	Прим. ^{1,4}	Прим. ^А	Прим. ^А		В. Для выявления продукции пенициллиназы у <i>S. aureus</i> ДДМ является более надежным методом по сравнению с определением МПК. В тех случаях, когда диаметр зоны подавления роста ≥ 26 мм, требуется тщательный осмотр границы зоны подавления роста (см. рисунок под таблицей). Край зоны подавления роста следует оценивать в проходящем свете (поднести чашку к источнику света). Если диаметр зоны подавления роста < 26 мм, изолят расценивается как резистентный. Если диаметр зоны ≥ 26 мм и край зоны четкий (нет истончения газона по направлению к краю зоны, «обрыв»), изолят оценивается как резистентный. Если край зоны подавления роста нечеткий (истончение газона по направлению к краю зоны, «пляж, береговая полоса»), изолят оценивается как чувствительный. Если результат неопределенный, изолят оценивается как резистентный. Тесты, основанные на использовании хромогенных цефалоспоринов, не обеспечивают получения достоверных результатов выявления стафилококковых пенициллиназ.
Кюксациллин	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{А,С}	Прим. ^{А,С}		Е. Скрининг метициллинорезистентности у <i>S. pseudintermedius</i> , <i>S. intermedius</i> , <i>S. schleiferi</i> и <i>S. coagulans</i> .
Диклоксациллин	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{А,С}	Прим. ^{А,С}		
Флулоксациллин	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{А,С}	Прим. ^{А,С}		
Мецилинам перорально (пивмециллин) (только цистит)	-	-	-	-		

Цефалоспорины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Цефаклор²	Прим. ¹	Прим. ¹	ЗТН	ЗТН		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефадроксил	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А		1/А. Чувствительность стафилококков к цефалоспорином оценивается на основании результатов определения чувствительности к цефокситину, за исключением цефиксима, цефтазидима, цефтазидима-авибактама, цефтибутена, цефтриаксона и цефтолозана-тазобактама, для которых не установлены пограничные значения, так как эти препараты не используются для терапии стафилококковых инфекций. Для препаратов, назначаемых перорально, следует учитывать возможность достижения необходимой экспозиции в очаге инфекции. Если для метициллиночувствительных стафилококков необходимо оценить чувствительность к цефазолину, цефепиму, цефотаксиму, цефтриаксону и цефуроксиму, следует оценить их как «Чувствительные при увеличенной экспозиции» [V]. См. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ . Многие метициллинорезистентные изоляты <i>S. aureus</i> чувствительны к цефтаролину и цефтобипролу. См. Примечание 7/Д и 9/Е.
Цефалексин	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А		2. См. табл. «Режимы дозирования».
Цефазолин	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А		3. Добавление ингибиторов бета-лактамаз не обеспечивает клинического преимуществ.
Цефепим	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А		
Цефепим-эниметазобактам³	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А		
Цефидерокол	-	-	-	-		
Цефиксим	-	-	-	-		
Цефотаксим²	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А		
Цефокситин (только скрининг) , <i>S. aureus</i> и коагулазонегативные стафилококки, кроме <i>S. epidermidis</i> и <i>S. lugdunensis</i>	Прим. ^{4,5}	Прим. ^{4,5}	30	22 ^{А,В}	22 ^{А,В}	

Цефалоспорины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания	
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Цефокситин (только скрининг), <i>S. epidermidis</i> и <i>S. lugdunensis</i>	Прим. ^{4,5}	Прим. ^{4,5}	ЗТН	30	27 ^{А,В}	27 ^{А,В}	27	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>4. <i>S. aureus</i> и <i>S. lugdunensis</i> с МПК цефокситина > 4 мг/л и <i>S. sarprophylticus</i> с МПК цефокситина > 8 мг/л являются резистентными к метициллину, чаще всего за счет присутствия гена <i>meсA</i> или <i>meсC</i>. Определение чувствительности к цефокситину ДДМ позволяет надежно выявить этот вид резистентности.</p> <p>5. Для стафилококков, кроме <i>S. aureus</i>, <i>S. lugdunensis</i> и <i>S. sarprophylticus</i>, МПК цефокситина является менее надежным предиктором резистентности к метициллину, чем ДДМ.</p> <p>6/С. Для <i>S. pseudointermedius</i>, <i>S. intermedius</i>, <i>S. schleiferi</i> и <i>S. coagulans</i> скрининг с цефокситином является менее надежным предиктором метициллинорезистентности, чем у других стафилококков. Для скрининга метициллинорезистентности следует использовать скрининг с диском, содержащим 1 мкг оксациллина, и следующие пограничные значения: Ч ≥ 20 мм, Р < 20 мм.</p> <p>7/Д. Метициллиночувствительные изоляты оцениваются как чувствительные к цефтаролину без дополнительного определения чувствительности.</p> <p>8/Е. Резистентные изоляты встречаются редко.</p> <p>9/Ф. Метициллиночувствительные изоляты оцениваются как чувствительные к цефтобипролу без дополнительного определения чувствительности.</p> <p>В. Если коагулазонегативные стафилококки не идентифицированы до вида, следует использовать следующие пограничные значения диаметров зон подавления роста: Ч ≥ 25 мм, Р < 25 мм и ЗТН 22–24 мм. Если диаметр зоны подавления роста находится в пределах ЗТН: повторите идентификацию изолята, выполните ПЦР для выявления <i>meсA/meсC</i> или оцените изолят как резистентный.</p>	
Цефокситин (только скрининг), <i>S. pseudointermedius</i> , <i>S. intermedius</i> , <i>S. schleiferi</i> и <i>S. coagulans</i>	Прим. ⁶	Прим. ⁶			Прим. ^С	Прим. ^С			
Цефподоксим	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефтаролин, <i>S. aureus</i> (по всем показаниям, кроме пневмонии)	17	27 ⁸	1	5	20 ^В	17 ^{В,Е}	19–20		
Цефтаролин, <i>S. aureus</i> (пневмония)	17	17	1	5	20 ^В	20 ^В	19–20		
Цефтазидим	-	-			-	-			
Цефтазидим-авибактам	-	-			-	-			
Цефтибутен	-	-			-	-			
Цефтобипрол, <i>S. aureus</i>	2 ⁹	2 ⁹	2	5	17 ^Г	17 ^Г	16–17		
Цефтолозан-тазобактам	-	-			-	-			
Цефтриаксон ²	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефуроксим в/в	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефуроксим перорально	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А			
Карбапенемы ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Чувствительность стафилококков к карбапенемам оценивается на основании их чувствительности к цефокситину.</p> <p>2. Добавление ингибиторов бета-лактамаз не обеспечивает клинического преимуществ.</p>	
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН		
	Дорипенем	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		
	Эртапенем	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		
	Имипенем	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		
	Имипенем-релебактам ²	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		
Меропенем	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А			
Меропенем-ваборбактам ²	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А			
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>	
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Азтреонам	-	-			-	-			
Азтреонам-авибактам	-	-			-	-			

Фторхинолоны ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания	
	Ч ≤	Р >		ЗТН	Ч ≥	Р <		ЗТН
Ципрофлоксацин, <i>S. aureus</i>	(0,001) ²	(2) ²	5	(50) ^{А,В}	(17) ^{А,В}	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Национальные рекомендации по определению чувствительности в ряде стран содержат пограничные значения для некоторых других фторхинолонов (например, левофлоксацин и энроксацин).</p> <p>2/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>3/Е. Так как офлоксацин имеет более низкую активность по сравнению с другими фторхинолонами при лечении системных инфекций, вызванных стафилококками, пограничные значения для оценки чувствительности к офлоксацину были удалены. Для оценки активности норфлоксацина для топического применения см. таблицу «Топические антимикробные препараты».</p> <p>В. Для выявления резистентности к фторхинолонам в качестве метода скрининга можно использовать ДДМ с норфлоксацином. Примечание D.</p> <p>С. Диско-диффузионный метод еще не разработан. Следует использовать один из методов определения МПК.</p> <p>Д. Изоляты с отрицательным результатом скрининга (чувствительные) оцениваются как чувствительные к моксифлоксацину и «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к левофлоксацину. Ципрофлоксацин – в отношении изолятов без фенотипически выявляемых механизмов резистентности может использоваться в режиме высокой экспозиции в составе комбинированной терапии (см. Примечание 2/А). Для изолятов с положительным результатом скрининга (резистентные) следует определять чувствительность к каждому препарату индивидуально или оценить их как резистентные.</p> <p>ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный) И изолят чувствительный при увеличенной экспозиции к ципрофлоксацину или левофлоксацину или чувствительный к моксифлоксацину, ТО оцените каждый препарат в соответствии с полученным значением, и добавьте предупреждение о риске развития резистентности в процессе терапии фторхинолонами.</p>	
Ципрофлоксацин, коагулазонегативные стафилококки	(0,001) ²	(2) ²	5	(50) ^{А,В}	(22) ^{А,В}			
Делафлоксацин (анебольничная пневмония), <i>S. aureus</i>	0,016	0,016		Прим.С	Прим.С			
Делафлоксацин (инфекции кожи и кожных структур), <i>S. aureus</i>	0,25	0,25		Прим.С	Прим.С			
Левифлоксацин, <i>S. aureus</i>	0,001	1	5	50 ^В	22 ^В			
Левифлоксацин, коагулазонегативные стафилококки	0,001	1	5	50 ^В	24 ^В			
Моксифлоксацин, <i>S. aureus</i>	0,25	0,25	5	25 ^В	25 ^В			
Моксифлоксацин, коагулазонегативные стафилококки	0,25	0,25	5	28 ^В	28 ^В			
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		НП	НП			
Норфлоксацин (только скрининг)	НП	НП	10	17 ^Д	17 ^Д			
Офлоксацин	Прим. ³	Прим. ³	5	Прим. ^Е	Прим. ^Е			
Аминогликозиды¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)				Примечания
Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Амикацин, <i>S. aureus</i>	(16) ¹	(16) ¹	30	(15) ^А	(15) ^А		<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p>	
Амикацин, коагулазонегативные стафилококки	(16) ¹	(16) ¹	30	(15) ^А	(15) ^А			
Гентамицин, <i>S. aureus</i>	(2) ¹	(2) ¹	10	(18) ^А	(18) ^А			
Гентамицин, коагулазонегативные стафилококки	(2) ¹	(2) ¹	10	(22) ^А	(22) ^А			
Нетилимицин	НД	НД		НД	НД			
Тобрамицин, <i>S. aureus</i>	(2) ¹	(2) ¹	10	(18) ^А	(18) ^А			
Тобрамицин, коагулазонегативные стафилококки	(2) ¹	(2) ¹	10	(20) ^А	(20) ^А			

Гликопептиды и липопептиды ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Далбаванцин²	0,25 ³	0,25 ³		Прим. ^А	Прим. ^А		1. Результаты определения МПК гликопептидов зависят от используемого метода. МПК гликопептидов следует определять методом микроразведений в бульоне (ISO 20776-1). МПК ванкомицина 2 мг/л – является границей распределения популяции «дикого типа». Клиническая эффективность терапии инфекции, вызванных такими штаммами, может быть сниженной.	
Оригаванцин², S. aureus	0,125 ³	0,125 ³		Прим. ^А	Прим. ^А		2. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию.	
Тейкопланин², S. aureus	2	2		Прим. ^А	Прим. ^А		3. Для определения МПК среда должна содержать полисорбат-80 (в конечной концентрации 0,002% для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.	
Тейкопланин, коагулазонегативные стафилококки	4	4		Прим. ^А	Прим. ^А		А. ДДМ не позволяет получить достоверный результат. На основании результатов ДДМ нельзя отличить изоляты «дикого типа» от изолятов, резистентность которых не связана с наличием гена <i>vanA</i> .	
Телаванцин², MRSA	0,125 ³	0,125 ³		Прим. ^А	Прим. ^А			
Ванкомицин², S. aureus	2	2		Прим. ^А	Прим. ^А			
Ванкомицин², коагулазонегативные стафилококки	4	4		Прим. ^А	Прим. ^А			

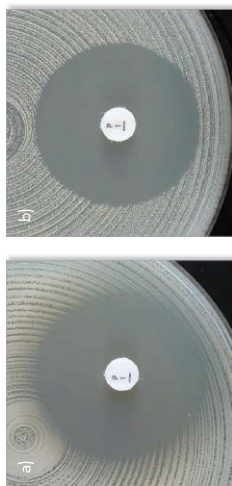
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Азитромицин	2 ¹	2 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А		1/А. Определение чувствительности к эритромицину и клиндамицину может использоваться для скрининга резистентности ко всей группе макролидов/линкозамидов. Изоляты, чувствительные к эритромицину, оцениваются как чувствительные ко всем макролидам (азитромицин, джозамицин, кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин, спирамицин, эритромицин). Изоляты, резистентные к эритромицину, репортируются как резистентные ко всем 14- и 15-членным макролидам (азитромицин, кларитромицин, рокситромицин, эритромицин). В случае резистентности к эритромицину и чувствительности к клиндамицину при отсутствии индуцибельной резистентности к клиндамицину, изолят оценивается как чувствительный к 16-членным макролидам (джозамицин, мидекамицин, спирамицин) и линкозамидам (клиндамицин).	
Кларитромицин	1 ¹	1 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А		2. Антагонизм между клиндамицином и макролидами свидетельствует о наличии индуцибельной резистентности к клиндамицину. Если антагонизм не выявляется, изолят оценивается в соответствии с клиническими пограничными значениями. При выявлении антагонизма изолят оценивается как резистентный.	
Эритромицин	1 ¹	1 ¹		15	21 ^А	21 ^А	В. Для выявления антагонизма (D-феномена) следует расположить диски с эритромицином и клиндамицином рядом на расстоянии 12–16 мм между краями дисков.	
Рокситромицин	1 ¹	1 ¹		2	22 ^В	22 ^В	С. При выявлении нечувствительных изолятов диско-диффузионным методом необходимо подтвердить результат одним из методов определения МПК.	
Клиндамицин²	0,25	0,25		15	21	21 ^С		
Хинупристин-далфопристин	1	1						

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	1 ¹	1 ¹		Прим. ^А	ЗТН	<p>1/А. Тетрациклин может быть использован для определения чувствительности к тетрациклинам. Изоляты с отрицательным результатом скрининга, оцениваются как чувствительные к доксициклину и миноциклину. Для изолятов с положительным результатом скрининга следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить как резистентные.</p> <p>2. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изolat в референтную лабораторию.</p> <p>3. Для определения МПК тигециклина методом микроразведений в бульоне следует использовать свежую среду, приготовленную в день проведения исследования.</p> <p>В. Пограничное значение диаметра зоны подавления роста валидно только для MSSA. Для MRSA следует выполнить один из методов определения МПК.</p>
Миноциклин	0,5 ¹	0,5 ¹	30	23 ^А	23 ^А	
Тетрациклин	1 ¹	1 ¹	30	22 ^А	22 ^А	
Тигециклин ²	0,5 ³	0,5 ³	15	19	19	
Эравацилин, S. aureus	0,25	0,25	20	20 ^В	20 ^В	

Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид	4	4	10	21	21	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Изоляты, чувствительные к линезолиду, оцениваются как чувствительные к тедизолиду.</p>
Тедизолид	0,5 ¹	0,5	2	20 ^А	20	

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Хлорамфеникол	НД	НД		НД	НД	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Резистентные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изolat в референтную лабораторию.</p> <p>2. Для определения МПК даптомицина среда должна содержать Ca²⁺ [для метода микроразведений в бульоне – в конечной концентрации 50 мг/л; метод разведения в агаре не валидирован]. При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.</p> <p>3. Для стафилококков, кроме <i>S. aureus</i>, для исключения приобретенных механизмов резистентности могут быть использованы ECOFF. См. https://www.eucast.org/guidancedocuments/.</p> <p>4/В. Удалены рекомендации по определению чувствительности. Информацию по использованию фосфомидина в/в в составе комбинированной терапии см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/.</p> <p>5. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.</p> <p>А. Следует использовать метод определения МПК.</p>
	Колистин	-	-		-	
Даптомицин ¹ , <i>S. aureus</i>	1 ²	1 ²		Прим. ^А	Прим. ^А	
Даптомицин, стафилококки кроме <i>S. aureus</i>	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^А	Прим. ^А	
Фосфомидин в/в	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^В	Прим. ^В	
Фосфомидин перорально	-	-		-	-	
Фузидовая кислота	1	1	10	24	24	
Гепотидацин (только цистит), <i>S. saprophyticus</i>	0,25	0,25		Ва	Ва	
Лефалулин, S. aureus	0,25	0,25	5	23	23	
Метронидазол	-	-		-	-	
Нитрофурантоин (только цистит), <i>S. saprophyticus</i>	64	64	100	13	13	

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
	Нитроксалин (только цистит), <i>S. saprophyticus</i>	НД	НД				НД	
Рифампицин, <i>S. aureus</i>	0,06	0,06		5	26		26	
Рифампицин, коагулазонегативные стафилококки	0,06	0,06		5	30		30	
Спектиномицин	-	-			-		-	
Триметоприм (только цистит)	2	2		5	19		19	
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁴	0,5	0,5		1,25-23,75	24		24	



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Staphylococcus aureus* к бензилпенициллину.

- а) Нечеткая граница зоны подавления роста (истончение края зоны роста, «пляж»), диаметр зоны ≥ 26 мм. Изолят оценивается как чувствительный.
 б) Четкая граница зоны подавления роста (нет истончения края зоны роста, «обрыв»), диаметр зоны ≥ 26 мм. Изолят оценивается как резистентный.

Таблица 2.8. *Enterococcus spp.* Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин	-	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Ампициллин в/в	4	4	2	10 ^А	10 ^А	-	1/В. Чувствительность оценивается по ампициллину. 2. Добавление ингибиторов бета-лактамаз не обеспечивает клинического преимущества. Энтерококки, продуцирующие бета-лактамазы, встречаются крайне редко.
Ампициллин-сульбактам в/в ²	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^В	Прим. ^В	Прим. ^В	3/С. Изоляты, чувствительные к ампициллину, не имеют фенотипически выявляемых механизмов резистентности, указанные антимикробные препараты могут быть использованы в режиме увеличенной экспозиции и в составе комбинированной терапии (см. Примечание 4D). Изоляты, резистентные к ампициллину, следует оценить как резистентные.
Амоксициллин в/в	4 ¹	4 ¹		Прим. ^В	Прим. ^В	Прим. ^В	4/D. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Амоксициллин перорально (только цистит)	4 ¹	4 ¹		Прим. ^В	Прим. ^В	Прим. ^В	5. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.
Амоксициллин перорально (инфекции, кроме цистита), <i>E. faecalis</i>	(0,001) ^{3,4}	(4) ^{3,4}		Прим. ^{С,D}	Прим. ^{С,D}	Прим. ^{С,D}	А. Для <i>E. faecalis</i> резистентность к ампициллину по результатам диско-диффузионного метода, следует подтвердить одним из методов определения МПК.
Амоксициллин-клавулановая кислота в/в ²	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^В	Прим. ^В	Прим. ^В	
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально ² (инфекции, кроме цистита), <i>E. faecalis</i>	Прим. ^{3,4}	Прим. ^{3,4}		Прим. ^{С,D}	Прим. ^{С,D}	Прим. ^{С,D}	
Пиперациллин, <i>E. faecalis</i>	0,001	16	30	50	18	18	
Пиперациллин-тазобактам ² , <i>E. faecalis</i>	0,001 ⁵	16 ⁵	30-6	50	50	18	

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Руководящие документы

При эндокардитах следует пользоваться пограничными значениями для *Enterococcus spp.*, рекомендованными национальными или международными стандартами по лечению эндокардитов

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон
 Инокулом: 5×10^5 КОЕ/мл
 Инкубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч)
 Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Enterococcus faecalis* ATCC 29212. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Род *Enterococcus* включает несколько видов. Наиболее часто из клинического материала выделяются *E. faecalis* и *E. faecium*, а также в некоторых случаях – *E. avium*, *E. casseliflavus*, *E. durans*, *E. gallinarum*, *E. hirae*, *E. lactis*, *E. mundii* и *E. raffinosus*. Если не указано обратное, представленные ниже пограничные значения следует использовать для всех перечисленных видов.

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон
 Инокулом: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда
 Инкубация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (24 ч – для гликопептидов)
 Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают вверх дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отграженном свете). (Исключение – ванкомицин, см. ниже). Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Enterococcus faecalis* ATCC 29212. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания	
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Тикарциллин-клавулановая кислота	-	-	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Темоциллин	-	-	-	-	-	-	-		
Феноксиметилпенициллин	-	-	-	-	-	-	-		
Оксациллин	-	-	-	-	-	-	-		
Клоксациллин	-	-	-	-	-	-	-		
Диклоксациллин	-	-	-	-	-	-	-		
Флулоксациллин	-	-	-	-	-	-	-		
Мециллинам перорально (пивмециллинам) (только чистит)	-	-	-	-	-	-	-		
Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)				Примечания
Ч ≤	Р >	ЗТН	Ч ≥		Р <	ЗТН			
Цефаклор	-	-	-	-	-	-	-		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефадроксил	-	-	-	-	-	-	-		
Цефалексин	-	-	-	-	-	-	-		
Цефазолин	-	-	-	-	-	-	-		
Цефепим	-	-	-	-	-	-	-		
Цефепим-энетазобактам	-	-	-	-	-	-	-		
Цефидерокол	-	-	-	-	-	-	-		
Цефиксим	-	-	-	-	-	-	-		
Цефотаксим	-	-	-	-	-	-	-		
Цефокситин	-	-	-	-	-	-	-		
Цефподоксим	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтаролин	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтазидим	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтазидим-авибактам	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтибутен	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтобипрол	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтолозан-тазобактам	-	-	-	-	-	-	-		
Цефтриаксон	-	-	-	-	-	-	-		
Цефуроксим в/в	-	-	-	-	-	-	-		
Цефуроксим перорально	-	-	-	-	-	-	-		

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Дорипенем	-	-	-	-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Эртапенем	-	-	-	-	-	
Импипенем, <i>E. faecalis</i>	0,001	4	10	50	21	
Импипенем-релебактам	-	-	-	-	-	
Меропенем	-	-	-	-	-	
Меропенем-ваборбактам	-	-	-	-	-	
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам	-	-	-	-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Азтреонам-авибактам	-	-	-	-	-	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин (только цистит)	4	4	5	15 ^А	15 ^А	1/В. Моксифлоксацин используется перорально в ступенчатой терапии эндокардитов, вызванных <i>Enterococcus faecalis</i> . Клинические пограничные значения в настоящее время не установлены, однако приобретенную резистентность следует исключать (изоляция с МПК > 1 мг/л). Для скрининга наличия механизмов резистентности можно использовать диско-диффузионный метод с норфлоксацином. Если приобретенная резистентность исключена, изолят оценивается как «не имеющий механизмов резистентности к фторхинолонам»; но нельзя оценивать его как «чувствительный к моксифлоксацину».
Делафлоксацин	НД	НД	5	НД	НД	А. Для выявления резистентности к фторхинолонам в качестве метода скрининга можно использовать ДДМ с норфлоксацином. См. Примечание С.
Левифлоксацин (только цистит)	4	4	5	15 ^А	15 ^А	С. Чувствительность к ципрофлоксацину и левофлоксацину определяется на основании их чувствительности к норфлоксацину. Моксифлоксацин – см. Примечание 1/В.
Моксифлоксацин	Прим. ¹	Прим. ¹	-	Прим. ^В	Прим. ^В	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП	10	НП	НП	
Норфлоксацин (только скрининг)	НП	НП	10	12 ^С	12 ^С	
Офлоксацин	-	-	-	-	-	

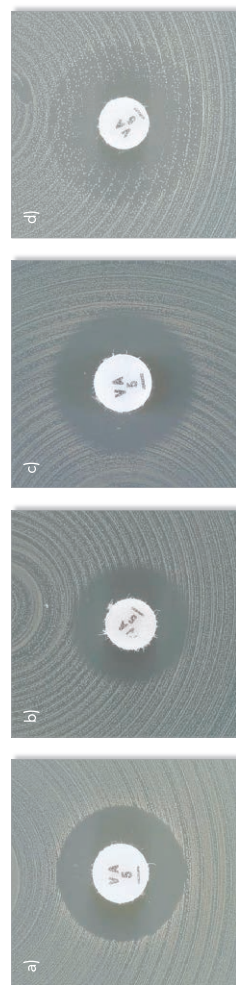
Аминогликозиды ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин	Прим. ²	Прим. ²		Прим. ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Энтенококи природно резистентны к аминогликозидам. Монотерапия аминогликозидами является неэффективной. В отношении изолятов энтерококков, не обладающих приобретенной резистентностью высокого уровня к аминогликозидам, высока вероятность синергизма между аминогликозидами и пенициллинами или гликопептидами. Поэтому следует различать природную резистентность и приобретенную резистентность высокого уровня.</p> <p>2/А. Для скрининга резистентности высокого уровня к аминогликозидам (HLAR) используется гентамицин.</p> <p>Отрицательный результат: МПК гентамицина ≤ 128 мг/л или диаметр зоны подавления роста ≥ 8 мм. Такие изоляты относятся к «дикому типу» и характеризуются природной резистентностью низкого уровня к гентамицину. Это правило не всегда применимо для других аминогликозидов. Если такие изоляты являются чувствительными к пенициллинам или гликопептидам, возможен синергизм между гентамицином и пенициллинами или гликопептидами.</p> <p>Положительный результат: МПК гентамицина > 128 мг/л или диаметр зоны подавления роста < 8 мм, что свидетельствует о наличии у изолята резистентности высокого уровня к гентамицину и другим аминогликозидам, за исключением стрептомицина, чувствительность к которому, при необходимости, следует определять отдельно (см. Примечание 3/В). В этом случае синергизма с пенициллинами или гликопептидами не наблюдается.</p> <p>3/В. Изоляты с высоким уровнем резистентности к гентамицину могут не обладать резистентностью высокого уровня к стрептомицину.</p> <p>Отрицательный результат: Изоляты с МПК стрептомицина ≤ 512 мг/л или диаметром зоны подавления роста ≥ 14 мм. Это изоляты, относящиеся к «дикому типу» резистентности к стрептомицину и природной резистентности низкого уровня. Синергизм с пенициллинами или гликопептидами возможен у изолятов, чувствительных к пенициллинам или гликопептидам.</p> <p>Положительный результат: Изоляты с МПК стрептомицина > 512 мг/л или диаметром зоны подавления роста < 14 мм. Это изоляты с высоким уровнем резистентности к стрептомицину. В этом случае синергизма с пенициллинами или гликопептидами не наблюдается.</p>
Гентамицин (для выявления резистентности высокого уровня)	Прим. ²	Прим. ²	30	Прим. ^А	ЗТН	
Нетилмицин	Прим. ²	Прим. ²	300	Прим. ^А	ЗТН	
Стрептомицин (для выявления резистентности высокого уровня)	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^В	ЗТН	
Тобрамицин	Прим. ²	Прим. ²		Прим. ^А	ЗТН	
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметра зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Далбаванцин	НД	НД		НД	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>А. Для <i>E. faecalis</i> и <i>E. faecium</i>, чувствительных к ванкомицину, характерно формирование четкого края зоны подавления роста и отсутствие изолированных колоний в зоне подавления роста. Необходимо осмотреть край зоны подавления роста в проходящем свете (поднести чашку к источнику света). При выявлении нечеткого края зоны подавления роста, изолированных колоний внутри зоны, а также в случае любых сомнений, следует выполнить подтверждающий тест методом ПЦР или оценить изолят как резистентный. (см. рисунок визуальной таблицы), даже если диаметр зоны подавления роста ≥ 12 мм. Заключение о чувствительности изолята к ванкомицину может быть сделано только после 24 ч инкубации.</p>
Оригаванцин	НД	НД	30	НД	ЗТН	
Тейкопланин	2	2		16	ЗТН	
Телаванцин	НД	НД	5	НД	ЗТН	
Ванкомицин, <i>E. faecalis</i> и <i>E. faecium</i>	4	4		12 ^А	ЗТН	
Ванкомицин, <i>E. casseliflavus</i> и <i>E. gallinarum</i>	-	-	5	-	ЗТН	
Ванкомицин, другие энтерококки	4	4		15	ЗТН	

Макролиды, линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азитромицин	-	-		-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Кларитромицин	-	-		-		
Эритромицин	-	-		-		
Рокситромицин	-	-		-		
Клиндамицин	-	-		-		
Хинупристин-далфопристин, <i>E. faecium</i>	1	1	15	22	22	

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	-	-		-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. 2. Для определения МПК тигецилина методом микроанализа в бульоне следует использовать свежую среду, приготовленную в день проведения исследования.
Миноциклин	-	-		-		
Тетрациклин	-	-		-		
Тигецилин ¹	0,5 ²	0,5 ²	15	20	20	
Эравациклин	0,25	0,25	20	22	22	

Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид	4	4	10	20	20	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тедизолид	НД	НД		НД	НД	

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Хлорамфеникол	-	-	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Колистин	-	-	-	-	-	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Далтомидин ¹	НД	НД	НД	НД	НД	1. Более подробная информация – см. http://eucast.org/guidance_documents/ . 2/А. Удалены рекомендации по определению чувствительности. Информацию по использованию фосфомидина в/в в составе комбинированной терапии см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Фосфомидин в/в	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим.А	Прим.А	3/В. Лефамулин не обладает достаточной активностью в отношении <i>E. faecalis</i> . Для <i>E. faecium</i>
Фосфомидин перорально	-	-	-	-	-	для разграничения изолятов «дикого типа» и «недикого типа» следует использовать ЕСOFF 0,5 мг/л.
Фузидовая кислота	-	-	-	-	-	4/С. Активность триметоприма и триметоприма-сульфаметоксазола в отношении энтерококков не ясна, и невозможно предсказать клинический исход. Изоляты с МПК > 1 мг/л, вероятно имеют механизмы резистентности к триметоприму и триметоприму-сульфаметоксазолу. Для <i>E. faecalis</i> и <i>E. faecium</i> соответствующий диаметр зоны подавления роста – < 21 мм для триметоприма и < 23 мм для триметоприма-сульфаметоксазола.
Гепотидацин (только цистит), <i>E. faecalis</i>	8	8	Ва	Ва	Ва	5. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
Лефамулин	Прим. ³	Прим. ³	Прим. ³	Прим. ^В	Прим. ^В	
Метронидазол	-	-	-	-	-	
Нитрофурантоин (только цистит), <i>E. faecalis</i>	64	64	100	15	15	
Нитроксалин (только цистит)	НД	НД	НД	НД	НД	
Рифампицин	-	-	-	-	-	
Спектиномицин	-	-	-	-	-	
Триметоприм (только цистит)	Прим. ⁴	Прим. ⁴	5	Прим. ^С	Прим. ^С	
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁵	Прим. ⁴	Прим. ⁴	1,25–23,75	Прим. ^С	Прим. ^С	



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Enterococcus* spp. к ванкомицину.

- a) Четкая граница зоны подавления роста и диаметр зоны ≥ 12 мм. Изолят оценивается как чувствительный.
 b–d) Нечеткая (размытая) граница зоны подавления роста или колонии внутри зоны. Подтвердите результат с помощью ПЦР на гены *vanA* и *vanB* или оцените изолят как резистентный, даже если диаметр зоны подавления роста ≥ 12 мм.

Таблица 2.9. Стрептококки групп А, В, С и G. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуре – см. лист Пояснения

Руководящие документы

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкаубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч)

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Данная группа бактерий включает много видов, которые группируются следующим образом:

Группа А: *S. pyogenes*

Группа В: *S. agalactiae*

Группа С: *S. dysgalactiae* (а также более редко встречающийся вид *S. equi*)

Группа G: *S. dysgalactiae* и *S. canis*

S. dysgalactiae включает подвиды *equisimilis* и *dysgalactiae*, *S. equi* включает подвиды *equi* и *zooeidemicus*.

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Применения
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин ² , Стрептококки групп А, С и G	0,03	0,03	1 ЕД	23	23	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Чувствительность стрептококков групп А, В, С и G к пенициллинам оценивается на основании их чувствительности к бензилпенициллину, за исключением чувствительности к феноксиметилпенициллину и изоксазолилпенициллинам у стрептококков группы В, для которых не получено убедительных доказательств клинической эффективности. 2. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. 3. Стрептококки групп А, В, С и G не продуцируют бета-лактамазы. Назначение ингибиторозащитенных бета-лактамов не имеет клинических преимуществ.
Бензилпенициллин ² , <i>S. agalactiae</i> (стрептококки группы В)	0,125	0,125	1 ЕД	18	18	
Ампициллин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Ампициллин-сульбактам ³	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Амоксициллин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Амоксициллин-клавулановая кислота ³	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Пиперациллин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Пиперациллин-тазобактам ³	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Тикарциллин-клавулановая кислота	-	-		-	-	
Темоциллин	-	-		-	-	
Феноксиметилпенициллин Стрептококки групп А, С и G	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Оксациллин Стрептококки групп А, С и G	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Клоксациллин Стрептококки групп А, С и G	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Диклоксациллин Стрептококки групп А, С и G	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Флулоксациллин Стрептококки групп А, С и G	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Мециллинам перорально (пивмециллинам) (только чистит)	-	-		-	-			

Цефалоспорины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефаклор	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Чувствительность стрептококков групп А, В, С и G к цефалоспоринам оценивается на основании их чувствительности к бензилпенициллину. 2. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не имеет клинических преимуществ.	
Цефадроксил	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефалексин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефазолин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефепим	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефепим-эниметазобактам²	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^В	Прим. ^В			
Цефидеркол	-	-		-	-			
Цефиксим	-	-		-	-			
Цефотаксим	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефокситин	НД	НД		НД	НД			
Цефподоксим	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефтаролин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефтазидим	-	-		-	-			
Цефтазидим-авибактам	-	-		-	-			
Цефтибутен	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефтобипрол	НД	НД		НД	НД			
Цефтолозан-тазобактам²	НД	НД		НД	НД			
Цефтриаксон	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефуроксим в/в	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефуроксим перорально	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			

Карбапенемы ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Дорипенем	Прим. ¹	ЗТН		Прим. ^А	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Чувствительность стрептококков групп А, В, С и G к карбапенемам оценивается на основании их чувствительности к бензилпенициллину. 2/В. Стрептококки групп А, В, С и G не продуцируют бета-лактамазы. Назначение ингибитор-защищенных бета-лактамов не имеет клинических преимуществ.
Эртапенем	Прим. ¹	ЗТН		Прим. ^А	ЗТН	
Имипенем	Прим. ¹	ЗТН		Прим. ^А	ЗТН	
Имипенем-релебактам ²	Прим. ²	ЗТН		Прим. ^В	ЗТН	
Меропенем	Прим. ¹	ЗТН		Прим. ^А	ЗТН	
Меропенем-ваборбактам ²	Прим. ²	ЗТН		Прим. ^В	ЗТН	
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам	-	-		-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Азтреонам-авибактам	-	-		-	-	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	-	-		-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Диско-диффузионный метод еще не разработан. Используйте один из методов определения МПК. В. Для выявления резистентности к фторхинолонам в качестве метода скрининга может быть использован ДДМ с норфлоксацином. См. Примечание С. С. Изоляты с отрицательным результатом скрининга оцениваются как чувствительные к моксифлоксацину и «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к левофлоксацину. Для изолятов с положительным результатом скрининга следует определять чувствительность к каждому препарату индивидуально или оценить их как резистентные.
Делафлоксацин	0,03	0,03	Прим. ^А	Прим. ^А		
Левафлоксацин	0,001	2	5	50 ^В	17 ^В	
Моксифлоксацин	0,5	0,5	5	19 ^В	19 ^В	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		НП	НП	
Норфлоксацин (только скрининг)	НП	НП	10	12 ^С	12 ^С	
Офлоксацин	-	-		-	-	
Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин	-	-		-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Гентамицин	-	-		-	-	
Нетилмицин	-	-		-	-	
Тобрамицин	-	-		-	-	

Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Далбаванцин ¹	0,125 ^{2,3}	0,125 ²		Прим. ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определить чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию.</p> <p>2. Для определения МПК среда должна содержать полисорбат-80 (в конечной концентрации 0,002% для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.</p> <p>3. Изоляты, чувствительные к ванкомицину, следует оценивать как чувствительные к далбаванцину и оригаванцину.</p> <p>А. Критерии оценки ДДМ не определены. Следует использовать методы определения МПК.</p> <p>В. Изоляты «недидкого типа» были недоступны при установлении пограничных значений диаметра зон подавления роста.</p>
Оригаванцин ¹	0,25 ^{2,3}	0,25 ²	30	Прим. ^А	Прим. ^А	
Тейкопланин ¹	2	2	30	15 ^В	15 ^В	
Телаванцин	НД	НД	5	НД	НД	
Ванкомицин ¹	2	2	5	13 ^В	13 ^В	
Макролиды, линкозамиды и стрептограммины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Азитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹		Прим. ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Определение чувствительности к эритромицину и клиндамицину может использоваться для скрининга резистентности ко всей группе макролидов/линкозамидов. Изоляты, чувствительные к эритромицину, оцениваются как чувствительные ко всем макролидам (азитромицин, джозамицин, кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин, спирамицин, эритромицин). Изоляты, резистентные к эритромицину, репортируются как резистентные ко всем 14- и 15-членным макролидам (азитромицин, кларитромицин, рокситромицин, эритромицин). В случае резистентности к эритромицину и чувствительности к клиндамицину, при отсутствии индуцибельной резистентности к клиндамицину, изолят оценивается как чувствительный к 16-членным макролидам (джозамицин, мидекамицин, спирамицин) и линкозамидам (клиндамицин).</p> <p>2. Антагонизм между клиндамицином и макролидами свидетельствует о наличии индуцибельной резистентности к клиндамицину. Если антагонизм не выявляется, изолят оценивается в соответствии с клиническими пограничными значениями. При выявлении антагонизма изолят оценивается как резистентный.</p> <p>В. Для выявления антагонизма (D-феномена) следует расположить диски с эритромицином и клиндамицином рядом на расстоянии 12–16 мм между краями дисков.</p>
Кларитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Эритромицин	0,25 ¹	0,25 ¹	15	21 ^А	21 ^А	
Рокситромицин	0,5 ¹	0,5 ¹	2	Прим. ^А	Прим. ^А	
Клиндамицин ²	0,5	0,5	2	17 ^В	17 ^В	
Хинупристин-далфопристин	-	-		-	-	
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Доксициклин	1 ¹	1 ¹	30	Прим. ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Тетрациклин может быть использован для скрининга резистентности к тетрациклинам. Чувствительные к тетрациклину изоляты, оцениваются как чувствительные к доксициклину и миноциклину. Для резистентных изолятов следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить их как резистентные.</p>
Миноциклин	0,5 ¹	0,5 ¹	30	23 ^А	23 ^А	
Тетрациклин	1 ¹	1 ¹	30	23 ^А	23 ^А	

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Тигециклин ²	0,125 ³	0,125 ³	15	19	19	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Эравациклин	НД	НД		НД	НД	2. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. 3. Для определения МПК тигециклина методом микроразведений в бульоне следует использовать свежую среду, приготовленную в день проведения исследования.
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид ¹	2	2	10	19	19	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Тедизолид ¹	0,5 ²	0,5	2	18 ^А	18 ^А	Буквами обозначены примечания, относящиеся к пограничным значениям диаметров зон подавления роста. 1. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. 2/А. Изоляты, чувствительные к линезолиду, оцениваются как чувствительные к тедизолиду.
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Хлорамфеникол	НД	НД		НД	НД	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Колistin	-	-		-	-	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Даптомицин ¹	1 ²	1 ²		Прим. ^А	Прим. ^А	1. Резистентные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию.
Фосфомицин в/в	-	-		-	-	2. Для определения МПК даптомицина среда должна содержать Са2+ (для метода микроразведений в бульоне – в конечной концентрации 50 мг/л; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.
Фосфомицин перорально	-	-		-	-	3/В. Активность триметоприма в отношении <i>S. agalactiae</i> ясна, предсказать клиническую эффективность невозможно. Значение ECOFF, отделяющее изоляты дикого типа от изолятов с приобретенными механизмами резистентности – 2 мг/л.
Фузидовая кислота	НД	НД		НД	НД	4. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
Лефалулин	НД	НД		НД	НД	А. Следует использовать один из методов определения МПК.
Метронидазол	-	-	100	15	15	
Нитрофурантоин (только цистит), <i>S. agalactiae</i> (стрептококки группы В)	64	64		-	-	
Нитроксалин (только цистит)	-	-		-	-	
Рифампицин	0,25	0,25	5	21	21	
Спектиномицин	-	-		-	-	
Триметоприм (только цистит), <i>S. agalactiae</i> (стрептококки группы В) ³	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^В	Прим. ^В	
Триметоприм-сульфаметоксазол ⁴	0,5	0,5	1,25-23,75	16	16	

Таблица 2.10. *Streptococcus pneumoniae*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл
Инокубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч)

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда при приготовлении с кровяного агара или 1,0 – с шоколадного агара
Инокубация: $5\% \text{CO}_2$, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), снимают крышку. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин (инфекции кроме эндокардита и менингита)	0,06	1	1 ЕД ^А	Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}	<p>1/В. Скрининг с диском с оксациллином 1 мкг или определение МПК бензилпеницилина следует использовать для исключения механизмов резистентности к бета-лактамам. При отрицательном результате скрининга (зона подавления роста ≥ 20 мм или МПК бензилпеницилина ≤ 0,06 мг/л) изоляты оцениваются как чувствительные ко всем бета-лактамным препаратам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания), без дальнейшего тестирования, за исключением цефаклора, который, при необходимости сообщения результата, должен быть оценен, как «чувствительный при увеличенной экспозиции» (У). При положительном результате скрининга (зона подавления роста < 20 мм или МПК бензилпеницилина > 0,06 мг/л) – см. схему внизу страницы.</p> <p>2. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не обеспечивает клинического преимущества.</p> <p>3/С. Чувствительность оценивается по ампициллину (для инфекций кроме эндокардита и менингита).</p> <p>4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.</p> <p>А. Учет и оценка результатов исследования с диском с бензилпенициллином проводится только для изолятов с зоной подавления роста вокруг диска с оксациллином, 1 мкг < 20 мм. Если зона подавления роста вокруг диска с бензилпенициллином ≥ 14 мм, изолят оценивается как «чувствительный при увеличенной экспозиции» (У), если зона < 14 мм, изолят оценивается как «резистентный» (Р) к бензилпенициллину. См. схему внизу страницы.</p> <p>Д. Правила интерпретации результатов скрининга с оксациллином – см. схему внизу страницы.</p>
Бензилпенициллин (эндокардит и менингит)	0,06	0,06	2	Прим. ^В	Прим. ^В	
Ампициллин (инфекции кроме эндокардита и менингита)	0,5	1		Прим. ^В	19	
Ампициллин в/в (эндокардит и менингит)	0,06	0,06		Прим. ^В	Прим. ^В	
Ампициллин-сульбактам ²	Прим. ^{1,3}	Прим. ^{1,3}		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Амоксициллин в/в (инфекции кроме эндокардита и менингита)	Прим. ^{1,3}	Прим. ^{1,3}		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Амоксициллин в/в (эндокардит и менингит)	0,06	0,06		Прим. ^В	Прим. ^В	
Амоксициллин перорально	0,5	1		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Амоксициллин-клавулановая кислота в/в ²	Прим. ^{1,3}	Прим. ^{1,3}		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально ²	0,5 ⁴	1 ⁴		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Пиперациллин	Прим. ^{1,3}	Прим. ^{1,3}		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Пиперациллин-тазобактам ²	Прим. ^{1,3}	Прим. ^{1,3}		Прим. ^{В,С}	Прим. ^{В,С}	
Тикарциллин-клавулановая кислота	-	-		-	-	
Темоциллин	-	-		-	-	

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Феноксиметилпенициллин	Прим. ¹	ЗТН		Прим. ^в	ЗТН	
Оксациллин (только скрининг) ¹	НП	НП	1	20 ^в	20 ^в	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Оксациллин	НД	НД		НД	НД	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Клоксациллин	НД	НД		НД	НД	
Диклоксациллин	НД	НД		НД	НД	
Флулоксациллин	НД	НД		НД	НД	
Мецилинам перорально (пивмециллинам) (только цистит)	-	-		-	-	
Цефалоспорины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Цефалор	0,001	0,5	30	50	28	
Цефалорксил	НД	НД		НД	НД	1/А. Скрининг с диском с оксациллином 1 мкг или определение МПК бензилпенициллина следует использовать для исключения механизмов резистентности к бета-лактамам. При отрицательном результате скрининга (зона подавления роста ≥ 20 мм или МПК бензилпенициллина ≤ 0,06 мг/л) изоляты оцениваются как чувствительные ко всем бета-лактамам препаратам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания), без дальнейшего тестирования, за исключением цефаклора, который, при необходимости сообщения результата, должен быть оценен, как «чувствительный при увеличенной экспозиции» (У).
Цефалексин	НД	НД		НД	НД	При положительном результате скрининга (зона подавления роста < 20 мм или МПК бензилпенициллина > 0,06 мг/л) – см. схему внизу страницы.
Цефазолин	НД	НД		НД	НД	2/В. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не обеспечивает клинического преимущества.
Цефепим	1	2		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефепим-эниметабактам ²	Прим. ²	Прим. ²		Прим. ^б	Прим. ^б	
Цефидерокол	-	-		-	-	
Цефисим	-	-		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефотаксим (инфекции кроме эндокардита и менингита)	0,5	2		-	-	
Цефотаксим (эндокардит и менингит)	0,5	0,5		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефокситин	НД	НД		НД	НД	
Цефподоксим	0,25	0,25		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефтаролин	0,25	0,25		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефтазидим	-	-		-	-	
Цефтазидим-авибактам	-	-		-	-	
Цефтибутен	-	-		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефтобипрол	0,5	0,5		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефтолозан-табактам	-	-		-	-	
Цефтриаксон (инфекции кроме эндокардита и менингита)	0,5	2		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефтриаксон (эндокардит и менингит)	0,5	0,5		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефуроксим в/в	0,5	1		Прим. ^а	Прим. ^а	
Цефуроксим перорально	0,25	0,25		Прим. ^а	Прим. ^а	

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Карбапенемы ^{1,2}	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Дорипенем	1	1		Прим. ^А	ЗТН	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Скрининг с диском с оксациллином 1 мкг или определение МПК бензилпенициллина следует использовать для исключения механизмов резистентности к бета-лактамам. При отрицательном результате скрининга (зона подавления роста ≥ 20 мм или МПК бензилпенициллина ≤ 0,06 мг/л) изоляты оцениваются как чувствительные ко всем бета-лактамным препаратам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания), без дальнейшего тестирования, за исключением цефалоспоринов, который, при необходимости сообщения результатов, должен быть оценен, как «чувствительный при увеличенной экспозиции» (У).</p> <p>При положительном результате скрининга (зона подавления роста < 20 мм или МПК бензилпенициллина > 0,06 мг/л) – см. схему внизу страницы.</p> <p>2. Меропенем – единственный карбапенем, используемый для лечения менингита.</p> <p>3/В. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не обеспечивает клинического преимущества.</p>
Эртапенем	0,5	0,5		Прим. ^А	ЗТН	
Имипенем	2	2		Прим. ^А	ЗТН	
Имипенем-релебактам ³	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^В	ЗТН	
Меропенем (кроме менингита)	2	2		Прим. ^А	ЗТН	
Меропенем (менингит)	0,25	0,25		Прим. ^А	ЗТН	
Меропенем-ваборбактам ³	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^В	ЗТН	
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам	-	-		-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Азтреонам-авибактам	-	-		-	-	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	-	-		-	-	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>А. Для выявления резистентности к фторхинолонам в качестве метода скрининга может быть использован ДДМ с норфлоксацином. См. Примечание В.</p> <p>В. Изоляты с отрицательным результатом скрининга (чувствительные) оцениваются как чувствительные к моксифлоксацину, чувствительные при увеличенной экспозиции (У) к левофлоксацину и чувствительные при использовании максимального режима дозирования (1 г 2 р/сут) к пазуфлоксацину. Для изолятов с положительным результатом скрининга (резистентные) следует определять чувствительность к каждому препарату индивидуально или оценить их как резистентные.</p> <p>ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный) И изолят чувствительный при увеличенной экспозиции к левофлоксацину и/или чувствительный к моксифлоксацину. ТО оцените изолят в соответствии с полученными результатами и добавьте предупреждение о риске развития резистентности в процессе терапии данным препаратом.</p>
Делафлоксацин	НД	НД		НД	ЗТН	
Левифлоксацин	0,001	2	5	50 ^А	16 ^А	
Моксифлоксацин	0,5	0,5	5	22 ^А	22 ^А	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		НП	НП	
Норфлоксацин (только скрининг)	НП	НП	10	10 ^В	10 ^В	
Офлоксацин	-	-		-	-	

Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин	-	-		-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Гентамицин	-	-		-		
Нетилмицин	-	-		-		
Тобрамицин	-	-		-		
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Далбаванцин	НД	НД		НД	НД	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. А. Изоляты «недидкого типа» были недоступны при установлении пограничных значений диаметра зон подавления роста.
Оригаванцин	НД	НД		НД	НД	
Тейкопланин ¹	2	2	30	17 ^А	17 ^А	
Телаванцин	НД	НД		НД	НД	
Ванкомицин ¹	2	2	5	16 ^А	16 ^А	
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Определение чувствительности к эритромицину и клиндамицину может использоваться для скрининга резистентности ко всей группе макролидов/линкозамидов. Изоляты, чувствительные к эритромицину, оцениваются как чувствительные ко всем макролидам (азитромицин, джозамицин, кларитромицин, mideкамидин, рокситромицин, спирамицин, эритромицин). Изоляты, резистентные к эритромицину, репортируются как резистентные ко всем 14- и 15-членным макролидам (азитромицин, кларитромицин, рокситромицин, эритромицин). В случае резистентности к эритромицину и чувствительности к клиндамицину, при отсутствии индуцибельной резистентности к клиндамицину, изолят оценивается как чувствительный к 16-членным макролидам (джозамицин, mideкамидин, спирамицин) и линкозамидам (клиндамицин). 2. Антагонизм между клиндамицином и макролидами свидетельствует о наличии индуцибельной резистентности к клиндамицину. Если антагонизм не выявляется, изолят оценивается в соответствии с клиническими пограничными значениями. При выявлении антагонизма изолят оценивается как резистентный. В. Для выявления антагонизма (D-феномена) следует расположить диски с эритромицином и клиндамицином рядом на расстоянии 12–16 мм между краями дисков.
Кларитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Эритромицин	0,25 ¹	0,25 ¹	15	22 ^А	22 ^А	
Рокситромицин	0,5 ¹	0,5 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Клиндамицин ²	0,5	0,5	2	19 ^В	19 ^В	
Хинупристин-далфопристин	-	-		-	-	

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Доксициклин	1 ¹	1 ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Тетрациклин может быть использован для скрининга резистентности к тетрациклинам. Чувствительные к тетрациклину изоляты, оцениваются как чувствительные к доксициклину и миноциклину. Для резистентных изолятов следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить их как резистентные.
Миноциклин	0,5 ¹	0,5 ¹		30	24 ^А	24 ^А		
Тетрациклин	1 ¹	1 ¹		30	25 ^А	25 ^А		
Тигециклин	НД	НД			НД	НД		
Эравациклин	НД	НД			НД	НД		
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Линезолид	2	2		10	22	22		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тедизолид	НД	НД			НД	НД		
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Хлорамфеникол ¹	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Эффективность хлорамфеникола для данного вида не ясна. Для дифференциации изолятов дикого типа и изолятов с приобретенными механизмами резистентности следует использовать ЕСOFF (МПК > 8 мг/л, диаметр зоны подавления роста < 21 мм (диск с хлорамфениколом, 30 мкг). Использование хлорамфеникола при менингите – см. таблицу «Режимы дозирования». 2. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
	-	-			-	-		
	НД	НД			НД	НД		
	НД	НД			НД	НД		
	-	-			-	-		
	-	-			-	-		
	0,5	0,5		5	12	12		
	-	-			-	-		
	-	-			-	-		
	0,125	0,125		5	22	22		
-	-			-	-			
-	-			-	-			
1	1		1,25-23,75	15	15			

***Streptococcus pneumoniae*: схема скрининга для выявления механизмов резистентности к бета-лактамам**

Следование данной инструкции позволяет избежать увеличения сроков получения информации о чувствительности *S. pneumoniae* к бензилпенициллину.

Диск с оксациллином (1 мкг) и бензилпенициллином (1 ЕД) следует включить одновременно в схему исследования.

Измерение зоны подавления роста вокруг диска с бензилпенициллином и интерпретацию данного результата следует проводить **только** для изолятов с диаметром зоны подавления роста вокруг диска с оксациллином < 20 мм

См. Предупреждение EUCAST по использованию градиентного метода определения чувствительности к бензилпенициллину <http://www.eucast.org/warnings/>

Оксациллин 1 мкг: диаметр зоны ≥ 20 мм (или МПК бензилпенициллина $\leq 0,06$ мг/л)

Механизм: исключает все механизмы резистентности к β -лактамам

Оцените как чувствительный (Ч) ко всем β -лактамам препаратам, имеющим пограничные значения (и/или примечания); исключение: цефаклор – оценивается как «чувствительный при увеличенной экспозиции» (У)

Дальнейшего исследования не требуется

Оксациллин 1 мкг: диаметр зоны < 20 мм (или МПК бензилпенициллина $> 0,06$ мг/л)

Механизм: выявлен механизм резистентности к бета-лактамам
Оцените как резистентный (Р) к бензилпенициллину, ампициллину в/в и амоксициллину в/в для эндокардита и менингита и феноксиметилпенициллину (все показания)

Бензилпенициллин (инфекции кроме эндокардита и менингита): оцените диаметр зоны подавления роста вокруг диска с бензилпенициллином. Если диаметр зоны ≥ 14 мм, оцените изолят как «чувствительный при увеличенной экспозиции» [У]. Если диаметр зоны < 14 мм, оцените изолят как «резистентный» [Р] к бензилпенициллину.

Другие бета-лактамы, см. ниже

Оксациллин 1 мкг: диаметр зоны 9–19 мм

Оценить как чувствительный (Ч) без дальнейшего исследования: к ампициллину, амоксициллину (кроме эндокардита и менингита) и пиперациллину (в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз и без), цефепиму, цефотаксиму, цефтаролину, цефтриаксону, цефтриаксону, имипенему и меропенему

Другие бета-лактамы препараты: выполнить определение чувствительности и оценить в соответствии с клиническими пограничными значениями

Оксациллин 1 мкг: диаметр зоны < 9 мм

Бета-лактамы, кроме бензилпенициллина:
выполнить определение чувствительности и оценить в соответствии с клиническими пограничными значениями

Таблица 2.11. Стрептококки группы Viridans. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуре – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл
Инокубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч)

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Данная группа бактерий включает много видов, которые могут быть сгруппированы следующим образом:

Группа *S. anginosus*: *S. anginosus*, *S. constellatus*, *S. intermedius*

Группа *S. mitis*: *S. australis*, *S. cristatus*, *S. infantis*, *S. mitis*, *S. oligofermentans*, *S. oralis*, *S. peroris*, *S. pseudopneumoniae*, *S. sinensis*

Группа *S. sanguinis*: *S. sanguinis*, *S. parasanguinis*, *S. gordoni*

Группа *S. bovis*: *S. equinus*, *S. gallolyticus* [*S. bovis*], *S. infantarius*, *S. lutetiensis*, *S. pasteurianus*

Группа *S. salivarius*: *S. salivarius*, *S. vestibularis*, *S. thermophilus*

Группа *S. mutans*: *S. mutans*, *S. sobrinus*

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин (только скрининг)	0,25 ¹	0,25 ¹	1 ЕД	21 ^А	12 ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Определение чувствительности к бензилпенициллину (ДДМ или МПК) используется для скрининга резистентности к бета-лактамам у стрептококков группы Viridans. Изоляты с отрицательным результатом скрининга, должны оцениваться как чувствительные к бета-лактамам препаратам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания). Для изолятов с положительным результатом скрининга необходимо определять чувствительность к конкретному препарату или оценить их как резистентные. 2/В. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ . 3. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не обеспечивает клинических преимуществ. 4/С. Если результат скрининга с бензилпенициллином отрицательный, чувствительность оценивается на основании чувствительности к бензилпенициллину или ампициллину. При положительном результате скрининга с бензилпенициллином, чувствительность оценивается на основании чувствительности к ампициллину. Д. Чувствительность может быть оценена на основании скрининга с бензилпенициллином или по «Ампициллин в/в (эндокардит)».
Бензилпенициллин (инфекции кроме эндокардита)	0,25	1	1 ЕД	21	12		
Бензилпенициллин (эндокардит)	0,25	0,25		21	21	(12) ^В	
Бензилпенициллин (эндокардит, в комбинации с другими анти-микробными препаратами)	(1) ²	(1) ²		(12) ^В	(12) ^В		
Ампициллин (инфекции кроме эндокардита)	0,5	2	2	21	15		
Ампициллин в/в (эндокардит)	0,5	0,5	2	21	21		
Ампициллин-сульбактам ³	Прим. ^{1,4}	Прим. ^{1,4}		Прим. ^{А,С}	Прим. ^{А,С}		
Амоксициллин (инфекции кроме эндокардита)	0,5	2		Прим. ^{А,С}	Прим. ^{А,С}		
Амоксициллин в/в (эндокардит)	0,5	0,5		Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}		
Амоксициллин-клавулановая кислота ³	Прим. ^{1,4}	Прим. ^{1,4}		Прим. ^{А,С}	Прим. ^{А,С}		

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Пиперациллин	Прим. ^{1,4}	Прим. ^{1,4}	ЗТН		Прим. ^{АС}	Прим. ^{АС}		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Пиперациллин-тазобактам ³	Прим. ^{1,4}	Прим. ^{1,4}			Прим. ^{АС}	Прим. ^{АС}		
Тикарциллин-клавулановая кислота ³	НД	НД		НД	НД	НД		
Темоциллин	-	-		-	-	-		
Феноксиметилпенициллин	НД	НД		НД	НД	НД		
Оксациллин	НД	НД		НД	НД	НД		
Клоксациллин	НД	НД		НД	НД	НД		
Диклоксациллин	НД	НД		НД	НД	НД		
Флулоксациллин	НД	НД		НД	НД	НД		
Мецилинам перорально (пивмециллинам) (только чистит)	-	-		-	-	-		

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефалор	-	-			-	-		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не обеспечивает клинических преимуществ. А. Определение чувствительности к бензилпенициллину (ДДМ или МПК) используется для скрининга резистентности к бета-лактамам у стрептококков группы <i>Viridans</i> . См. Примечание А в строке «Пенициллины 1/А».
Цефдроксил	-	-			-	-		
Цефалексин	-	-			-	-		
Цефазолин	НД	НД		НД	НД	НД		
Цефепим	0,5	0,5		30	25 ^А	25 ^А		
Цефепим-энметазобактам ¹	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефидерокол	-	-		-	-	-		
Цефиксим	-	-			-	-		
Цефотаксим	0,5	0,5		5	23 ^А	23 ^А		
Цефокситин	НД	НД		НД	НД	НД		
Цефподоксим	-	-			-	-		
Цеftarолин	-	-			-	-		
Цефтазидим	-	-			-	-		
Цефтазидим-авибактам	-	-			-	-		
Цефтибутен	-	-			-	-		
Цефтибипрол	-	-			-	-		
Цефтолозан-тазобактам ¹ , <i>S. anginosus</i> group	НД	НД		НД	НД	НД		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Цефтриаксон	0,5	0,5	30	27 ^А	27 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Цефуроксим в/в	0,5	0,5	30	26 ^А	26 ^А		
Цефуроксим перорально	-	-	-	-	-		
Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация релебактама – 4 мг/л. 2/В. Назначение ингибиторозащитных бета-лактамов не обеспечивает клинических преимуществ. А. Определение чувствительности к бензилпенициллину (ДДМ или МПК) используется для скрининга резистентности к бета-лактамам у стрептококков группы Viridans. См. Примечание А в разделе «Пенициллины».	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
	Дорипенем	1	1		Прим. ^А		Прим. ^А
	Эртапенем	0,5	0,5		Прим. ^А		Прим. ^А
	Имипенем	2	2		Прим. ^А		Прим. ^А
	Имипенем-релебактам ²	2 ¹	2 ¹		Прим. ^{А,В}		Прим. ^{А,В}
Меропенем	2	2		Прим. ^А	Прим. ^А		
Меропенем-ваборбактам ²	Прим. ²	Прим. ²		Прим. ^В	Прим. ^В		
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Азтреонам	-	-		-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Азтреонам-авибактам	-	-		-	-		
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/В. Моксифлоксацин используется перорально в ступенчатой терапии эндокардитов, вызванных стрептококками группы Viridans. Пограничные значения не установлены, но следует исключить приобретенную резистентность: изоляты с МПК > 0,5 мг/л, диаметр зоны подавления роста < 21 мм (диск с моксифлоксацином, 5 мкг). Если приобретенная резистентность исключена, изолят следует оценить как «не имеющий механизмов резистентности к фторхинолонам»; нельзя оценивать изолят как «чувствительный к моксифлоксацину». А. Диско-диффузионный метод еще не разработан. Используйте один из методов определения МПК.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
	Ципрофлоксацин	-	-		-		-
	Делафлоксацин, <i>S. anginosus</i> group	0,03	0,03		Прим. ^А		Прим. ^А
	Левифлоксацин	НД	НД		НД		НД
	Моксифлоксацин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^В		Прим. ^В
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		НП	НП		
Норфлоксацин (только цистит)	-	-		-	-		
Офлоксацин	-	-		-	-		

Аминогликозиды ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин	Прим. ²	Прим. ²		-	-	1. Зелёные стрептококки природно резистентны к аминогликозидам. Монотерапия аминогликозидами является неэффективной. В отношении изолятов зелёных стрептококков без приобретённой резистентности высокого уровня к аминогликозидам высока вероятность синергизма между аминогликозидами и пенициллинами или гликопептидами. Поэтому следует различать природную резистентность и приобретённую резистентность высокого уровня.
Гентамицин (для выявления резистентности высокого уровня)	Прим. ²	Прим. ²		-	-	2. Гентамицин используется для скрининга резистентности высокого уровня к аминогликозидам (H-CAR).
Нетилмицин	Прим. ²	Прим. ²		-	-	Отрицательный результат: МПК гентамицина ≤ 128 мг/л. Такие изоляты относятся к «дикому типу» и характеризуются природной резистентностью низкого уровня к гентамицину. Это правило не всегда применимо для других аминогликозидов. Если такие изоляты являются чувствительными к пенициллинам или гликопептидам, возможен синергизм между гентамицином и пенициллинами или гликопептидами.
Тобрамицин	Прим. ²	Прим. ²		-	-	Положительный результат: МПК гентамицина > 128 мг/л, что свидетельствует о резистентности высокого уровня к гентамицину и другим аминогликозидам, за исключением стрептомицина. В этом случае синергизма с пенициллинами или гликопептидами не наблюдается.

Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Далбаванцин ¹ , группа <i>S. anginosus</i>	0,125 ^{2,3}	0,125 ²		Прим. ^А	Прим. ^А	1. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию.
Оритаванцин ¹ , группа <i>S. anginosus</i>	0,25 ^{2,3}	0,25 ²		Прим. ^А	Прим. ^А	2. Для определения МПК среда должна содержать полисорбат-80 (в конечной концентрации 0,002% для метода разведений в бульоне; метод разведений в агаре не валидирован). При использовании коммерческих систем необходимо следовать инструкциям производителя.
Тейкопланин ¹	2	2	30	16 ^В	16 ^В	3. Изоляты, чувствительные к ванкомицину, следует оценивать как чувствительные к далбаванцину и оритаванцину.
Телаванцин	НД	НД		НД	НД	А. Критерии оценки ДДМ не определены. Следует использовать методы определения МПК.
Ванкомицин ¹	2	2	5	15 ^В	15 ^В	В. Изоляты «недидкого типа» были недоступны при установлении пограничных значений диаметра зон подавления роста.

Макролиды, линкозамиды и стрептограммины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Азитромицин	НД	НД			НД	НД		1. Антагонизм между клиндамицином и макролидами свидетельствует о наличии индукцибельной резистентности к клиндамицину. Если антагонизм не выявлен, изолят оценивается в соответствии с клиническими пограничными значениями. При выявлении антагонизма, изолят оценивается как резистентный к клиндамицину. А. Для выявления антагонизма (D-феномена) следует расположить диски с эритромицином и клиндамицином рядом на расстоянии 12–16 мм между краями дисков.
Кларитромицин	НД	НД			НД	НД		
Эритромицин	НД	НД		15	НД	НД		
Рокситромицин	НД	НД			НД	НД		
Клиндамицин ¹	0,5	0,5		2	19 ^А	19 ^А		
Хинупристин-далфопристин	НД	НД			НД	НД		
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
	Доксициклин	-	-			-	-	
	Миноциклин	-	-			-	-	
	Тетрациклин	-	-			-	-	
	Тигециклин	НД	НД			НД	НД	
Эрвациклин	0,125	0,125		20	17	17		
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Линезолид используется перорально в ступенчатой терапии эндокардитов, вызванных стрептококками группы Viridans. Клинические пограничные значения в настоящее время не установлены, однако приобретенную резистентность следует исключить [изоляты с МПК > 2 мг/л]. Если приобретенная резистентность исключена, изолят оценивается как «не имеющий механизмов резистентности к линезолиду», но нельзя оценивать его как «чувствительный к линезолиду».
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
	Линезолид	НД	НД			НД	НД	
Тедизолид, <i>S. anginosus</i> group	0,5	0,5		2	18	18		

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Хлорамфеникол	-	-	-	-	-	-	-	<p>1/А. Рифампицин используется перорально в ступенчатой терапии эндокардитов, вызванных стрептококками группы <i>Viridans</i>. Пограничные значения не установлены, но следует исключить приобретенную резистентность: изоляты с МПК > 0,25 мг/л, диаметр зоны подавления роста < 21 мм (диск с рифампицином, 5 мкг). Если приобретенная резистентность исключена, изолят следует оценить как «не имеющий механизмов резистентности к рифампицину»; нельзя оценивать изолят как «чувствительный к рифампицину».</p>
Колистин	-	-	-	-	-	-		
Даптомидин	НД	НД	НД	НД	НД	НД		
Фосфомидин в/в	-	-	-	-	-	-		
Фосфомидин перорально	-	-	-	-	-	-		
Фузидовая кислота	-	-	-	-	-	-		
Лефамулин	НД	НД	НД	НД	НД	НД		
Метронидазол	-	-	-	-	-	-		
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-	-	-	-	-		
Нитроксалин (только цистит)	-	-	-	-	-	-		
Рифампицин	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А		
Спектиномицин	-	-	-	-	-	-		
Триметоприм (только цистит)	-	-	-	-	-	-		
Триметоприм-сульфаметоксазол	-	-	-	-	-	-		

Таблица 2.12. *Haemophilus influenzae*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инукубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пограничные значения определены только для *H. influenzae*. Для установления критериев интерпретации результатов определения чувствительности *Haemophilus spp.* нет достаточного количества клинических данных. Распределение МПК основных антибиотиков для *H. raifaiinflenzae* подобно таковому для *H. influenzae*. При отсутствии установленных критериев определения чувствительности *H. raifaiinflenzae*, для оценки чувствительности изолятов этого вида могут быть использованы пограничные значения МПК для *H. influenzae*.

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инукубация: $5\% \text{CO}_2$, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снизу свет падал на поверхность зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного маюта. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин	НД	НД	ЗТН		НД	НД	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Бензилпенициллин (только скрининг) ¹	НП	НП	1 ЕД	12 ^{А,В}	12 ^{А,В}	12 ^{А,В}	12 ^{А,В}	1/А. Для исключения механизмов резистентности к β-лактамам следует использовать скрининг с диском с бензилпенициллином 1ЕД. При отрицательном результате скрининга (зона подавления роста ≥ 12 мм) изоляты оцениваются как чувствительные ко всем бета-лактамам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания), без дальнейшего тестирования, за исключением амоксицилина перорально и амоксицилина-клавулановой кислоты перорально, которые, при необходимости сообщения результатов, должны быть оценены, как «чувствительный при увеличенной экспозиции» (У). При положительном результате скрининга (зона подавления роста < 12 мм) – см. схему внизу страницы.
Ампициллин (кроме менингита) ²	1	1	2	18 ^{А,В}	18 ^{А,В}	18 ^{А,В}	18 ^{А,В}	2. Изоляты, продуцирующие β-лактамазу, оцениваются как резистентные к незащищенным ампициллину, амоксициллину, пиперациллину. Для выявления продукции β-лактамазы можно использовать тесты с хромогенным цефалоспорином.
Ампициллин в/в (менингит) ²	Прим. ³	Прим. ³	10–10	Прим. ^С	Прим. ^С	Прим. ^С	Прим. ^С	3/С. При менингите изоляты <i>H. influenzae</i> с отрицательным результатом скрининга с диском с бензилпенициллином 1 ЕД (диаметр зоны подавления роста ≥ 12 мм) оцениваются как чувствительные.
Амоксициллин в/в (кроме менингита) ²	1,4,5	1,4,5		Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}	4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.
Амоксициллин в/в (менингит) ²	2	2		Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	5/Д. Чувствительность оценивается по чувствительности к амоксициллину-клавулановой кислоте.
Амоксициллин перорально ²	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	6. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.
Амоксициллин-клавулановая кислота в/в	0,001	2	2–1	Прим. ^С	Прим. ^С	Прим. ^С	Прим. ^С	7. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.
Амоксициллин-клавулановая кислота перорально	2 ⁵	2 ⁵	2–1	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	Прим. ^{А,Е}	
Пиперациллин ²	0,001 ⁵	2 ⁵	2–1	50 ^{А,В}	50 ^{А,В}	50 ^{А,В}	50 ^{А,В}	
Пиперациллин-тазобактам	НД	НД	30–6	НД	НД	НД	НД	
Тикарциллин-клавулановая кислота	0,25 ⁶	0,25 ⁶	30–6	27 ^{А,В}	27 ^{А,В}	27 ^{А,В}	26–28 ^{В,С}	
Тикарциллин-клавулановая кислота	НД	НД	30–6	НД	НД	НД	НД	

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Темоциллин	НД	НД	ЗТН		НД	НД	ЗТН	<p>Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>В. Если в зоне полного подавления роста наблюдается область роста вокруг диска, учет результатов проводится по внешнему краю зоны подавления роста.</p> <p>С.м. рисунок внизу страницы.</p> <p>Е. Чувствительность оценивается по ампициллину.</p> <p>Г. Изоляты, чувствительные к ампициллину, следует оценивать как «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к пероральному амоксициллину. Изоляты, резистентные к ампициллину, следует оценивать как резистентные к пероральному амоксициллину.</p> <p>Д. ЗТН имеет значение только в случае, если результат скрининга с диском с бензилпенициллином 1 ЕД является положительным (зона подавления роста < 12 мм).</p>
Феноксиметилпенициллин	НД	НД		НД	НД			
Оксациллин	-	-		-	-			
Клоксациллин	-	-		-	-			
Диклоксациллин	-	-		-	-			
Флулоксациллин	-	-		-	-			
Мецилинам перорально (пивмециллинам) (только чистит)	-	-		-	-			
Цефалоспорины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
Ч ≤	Р >	ЗТН	Ч ≥		Р <	ЗТН		
Цефаклор	-	-			-	-		<p>Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Для исключения механизмов резистентности к β-лактамам следует использовать скрининг с диском с бензилпенициллином 1ЕД. При отрицательном результате скрининга (зона подавления роста ≥ 12 мм) изоляты оцениваются как чувствительные ко всем β-лактимным препаратам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания), без дальнейшего тестирования. При положительном результате скрининга (зона подавления роста < 12 мм) – см. схему внизу страницы.</p> <p>2/В. Добавление ингибиторов β-лактамаз не обеспечивает клинического преимущества. β-лактамазы, продуцируемые данными микроорганизмами, не модифицируют цефалоспорины или не подавляются ингибиторами в достаточной степени.</p> <p>3. Режим дозирования в зависимости от показаний – см. Таблицу «Режимы дозирования».</p> <p>4/С. ЗТН имеет значение только в случае, если результат скрининга с диском бензилпеницилина 1 ЕД является положительным (зона подавления роста < 12 мм).</p> <p>В. Если в зоне полного подавления роста наблюдается область роста вокруг диска, учет результатов проводится по внешнему краю зоны подавления роста.</p> <p>С.м. рисунок внизу страницы.</p>
Цефадроксил	-	-			-	-		
Цефалексин	-	-			-	-		
Цефазолин	-	-			-	-		
Цефепим	0,25	0,25		28 ^{АВ}	28 ^{АВ}	28–33 ^{В,С}		
Цефепим-энметазобактам ²	Прим. ²	Прим. ²		Прим. ^Д	Прим. ^Д			
Цефидерокол	НД	НД		НД	НД			
Цефиксим	0,125	0,125		26 ^{АВ}	26 ^{АВ}	25–27 ^{В,С}		
Цефотаксим	0,125	0,125		27 ^{АВ}	27 ^{АВ}	25–27 ^{В,С}		
Цефокситин	НД	НД		НД	НД			
Цефподоксим	0,25	0,25		26 ^{АВ}	26 ^{АВ}	26–29 ^{В,С}		
Цефтаролин	0,03	0,03		Прим. ^А	Прим. ^А			
Цефтазидим	-	-		-	-			
Цефтазидим-авибактам	-	-		-	-			
Цефтибутен	1	1		25 ^{АВ}	25 ^{АВ}			
Цефтобипрол	НД	НД		НД	НД			
Цефтолозан-тазобактам (пневмония) ²	0,5	0,5		23 ^{АВ}	23 ^{АВ}	22–23 ^{В,С}		
Цефтриаксон	0,125	0,125		32 ^{АВ}	32 ^{АВ}	31–33 ^{В,С}		
Цефуроксим в/в	1	2	2 ³	27 ^{АВ}	25 ^{АВ}	25–27 ^{В,С}		
Цефуроксим перорально	0,001	1		50 ^{АВ}	27 ^{АВ}	25–27 ^{В,С}		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

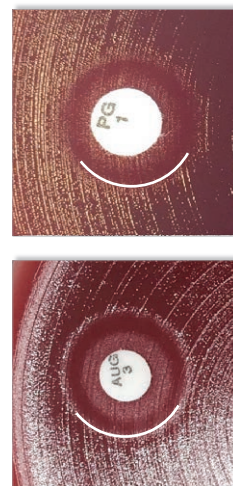
Карбапенемы ^{1,2}	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Дорипенем ¹	1	1	10	23 ^{А,В}	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Для исключения механизмов резистентности к β-лактамам следует использовать скрининг с диском с бензилпеницилином 1ЕД. При отрицательном результате скрининга (зона подавления роста ≥ 12 мм) изоляты оцениваются как чувствительные ко всем бета-лактамам препаратам, для которых в данном документе приведены пограничные значения (и/или примечания), без дальнейшего тестирования. При положительном результате скрининга (зона подавления роста < 12 мм) – см. схему внизу страницы.</p> <p>2. Меропенем – единственный карбапенем, используемый для лечения менингитов.</p> <p>3/Е. Бета-лактамазы, продуцируемые <i>Haemophilus spp.</i>, не повреждают карбапенемы или не подавляются ингибиторами. Поэтому добавление ингибиторов не обеспечивает клинического преимущества.</p> <p>В. Если в зоне полного подавления роста наблюдается область роста вокруг диска, учет результатов проводится по внешнему краю зоны подавления роста. См. иллюстрацию внизу страницы.</p> <p>С. ЗТН имеет значение только в случае, если результат скрининга с диском бензилпеницилина 1 ЕД является положительным (зона подавления роста < 12 мм).</p> <p>Д. Для изолятов с положительным результатом скрининга с диском с бензилпеницилином 1 ЕД (зона подавления роста < 12 мм), при менингите следует определить МПК меропенема.</p>
Эртапенем	0,5	0,5	10	23 ^{А,В}	ЗТН	
Имипенем	2	2	10	20 ^{А,В}	6–19 ^{В,С}	
Имипенем-релебактам ³	Прим. ³	Прим. ³	10	Прим. ^Е	Прим. ^Е	
Меропенем (все типы инфекций, кроме менингита)	2	2		20 ^{А,В}	20 ^{А,В}	
Меропенем (менингит)	0,25	0,25		Прим. ^{А,Д}	Прим. ^{А,Д}	
Меропенем-ваборбактам ³	Прим. ³	Прим. ³		Прим. ^Е	Прим. ^Е	

Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азтреонам	НД	НД		НД	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
Азтреонам-авибактам	НД	НД		НД	НД	

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,03	0,03	5	32 ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>А. Для скрининга резистентности к фторхинолонам может быть использован диск с налидиксовой кислотой. См. Примечание С.</p> <p>В. Изоляты с отрицательным результатом скрининга следует расценивать как чувствительные к ципрофлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину и офлоксацину. Для изолятов с положительным результатом скрининга следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить их как резистентные.</p>
Делафлоксацин	НД	НД	5	НД	НД	
Левифлоксацин	0,06	0,06	5	30 ^А	30 ^А	
Моксифлоксацин	0,125	0,125	5	28 ^А	28 ^А	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП	30	23 ^В	23 ^В	
Норфлоксацин (только цистит)	-	-	5	-	-	
Офлоксацин	0,06	0,06	5	30 ^А	30 ^А	

Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амикацин	НД	НД		НД	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Гентамицин	НД	НД		НД	ЗТН	
Нетилмицин	НД	НД		НД	ЗТН	
Тобрамицин	НД	НД		НД	ЗТН	
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	-	-		-	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	-	-		-	ЗТН	
	-	-		-	ЗТН	
	-	-		-	ЗТН	
-	-		-	ЗТН		
Далбаванцин	-	-		-	ЗТН	
Оригаванцин	-	-		-	ЗТН	
Тейкопланин	-	-		-	ЗТН	
Телаванцин	-	-		-	ЗТН	
Ванкомицин	-	-		-	ЗТН	
Макролиды ¹ , линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Клинические данные об эффективности макролидов при респираторных инфекциях, вызванных <i>H. influenzae</i> , противоречивы из-за высокой частоты случаев спонтанного излечения. В случае необходимости тестирования макролидов в отношении <i>H. influenzae</i> для выявления штаммов с приобретенной резистентностью следует использовать эпидемиологические точки отсечения (ECOFF). ECOFF азитромицина – 4 мг/л, ECOFF кларитромицина – 32 мг/л, ECOFF эритромицина – 16 мг/л. Для установления ECOFF рокситромицина нет достаточного количества данных.
	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
-	-		-			
-	-		-			
Азитромицин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
Кларитромицин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
Эритромицин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
Рокситромицин	Прим. ¹	Прим. ¹		Прим. ^А		
Клиндамицин	-	-		-		
Хинупрестин-далфопрестин	-	-		-		
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	1 ¹	1 ¹		Прим. ^А	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Тетрациклин может быть использован для определения чувствительности к тетрациклинам. Изоляты, чувствительные к тетрациклину, оцениваются как чувствительные к доксициклину и миноциклину. Для резистентных к тетрациклину изолятов следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить их как резистентные.
	1 ¹	1 ¹	30	24 ^А		
	2 ¹	2 ¹	30	25 ^А		
	НД	НД		НД		
НД	НД		НД			
НД	НД		НД			

Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид	-	-		-	-	Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Тедизолид	-	-		-	-	Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Хлорамфеникол ¹	2	2	30	28	28	Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Применение хлорамфеникола при менингите – см. Таблицу «Режимы дозирования». 2. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
Колistin	-	-		-	-	
Даптомидин	-	-		-	-	
Фосфомидин в/в	НД	НД		НД	НД	
Фосфомидин перорально	-	-		-	-	
Фузидовая кислота	-	-		-	-	
Лефамулин	НД	НД		НД	НД	
Метронидазол	-	-		-	-	
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-		-	-	
Нитроксалин (только цистит)	-	-		-	-	
Рифампицин (только с целью профилактики)	1	1	5	18	18	
Спектиномицин	-	-		-	-	
Триметоприм (только цистит)	-	-		-	-	
Триметоприм-сульфаметоксазол ²	0,5	0,5	1,25–23,75	23	23	



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *H. influenzae* к бета-лактамам: внутри зоны полного подавления роста наблюдается область роста вокруг диска. Если в зоне полного подавления роста наблюдается область роста вокруг диска, учет результатов проводится по внешнему краю зоны подавления роста.

Haemophilus influenzae: схема скрининга с бензилпенициллином (РСГ) для выявления механизмов резистентности к бета-лактамам

Цель: уменьшение числа отдельных исследований по оценке чувствительности к бета-лактамам препаратов

Чтобы использовать все преимущества данной процедуры, в схему исследования необходимо включить диск с амоксциллином-клавулановой кислотой 2–1 мкг, при этом учитывать и интерпретировать результат следует только для изолятов, продуцирующих бета-лактамазу.

РСГ 1 ЕД: диаметр зоны ≥ 12 мм

Механизм: исключает все механизмы резистентности к бета-лактамам

Оценить как чувствительный (Ч) к бета-лактамам, для которых имеются ограниченные значения (и/или примечания), за исключением пероральных амоксициллина, амоксициллина-клавулановой кислоты и цефуроксима, которые, при необходимости сообщения результата, должны быть оценены, как «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У).

Дальнейшего исследования не требуется

РСГ 1 ЕД: диаметр зоны < 12 мм

Механизм: бета-лактамазы и/или мутации РВРЗ

Дальнейшее исследование: определить продукцию бета-лактамаз.

Меропенем (менингит): определить МПК, и оценить в соответствии с клиническими пограничными значениями

Бета-лактамаза «+»

Механизм: бета-лактамаза и/или мутации ПСБЗ

Оценить как резистентный (Р) к ампициллину, амоксициллину и пиперациллину (без ингибиторов бета-лактамаз)

Другие бета-лактамные препараты: измерить диаметр зоны подавления роста вокруг диска с амоксициллином-клавулановой кислотой 2–1 мкг и оценить результат, как указано ниже

Бета-лактамаза «-»

Механизм: мутации ПСБЗ

Определить чувствительность к соответствующему препарату и оценить в соответствии с пограничными значениями

Цефепим, цефподоксим и имипенем: если РСГ 1 ЕД < 12 мм и выявляется чувствительность при проведении диско-диффузионного метода к указанному/ым препарату/ам – определить МПК препарата и оценить в соответствии с клиническими пограничными значениями

Амоксициллин-клавулановая кислота 2–1 мкг ≥ 15 мм

Механизм: только бета-лактамаза

Оценить как чувствительный (Ч) к препаратам для которых имеются ограниченные значения (и/или примечания), включая пограничные значения для менингита, за исключением ампициллина, амоксициллина и пиперациллина

Исключение: пероральный амоксициллин-клавулановая кислота и пероральный цефуроксим оцениваются как «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У).

Амоксициллин-клавулановая кислота 2–1 мкг < 15 мм

Механизм: бета-лактамаза И мутации ПСБЗ

Определить чувствительность к соответствующим препаратам и интерпретировать в соответствии с пограничными значениями

Цефепим, цефподоксим и имипенем: если РСГ 1 ЕД < 12 мм и выявляется чувствительность при проведении диско-диффузионного метода к указанному/ым препарату/ам – определить МПК препарата и оценить в соответствии с клиническими пограничными значениями

Таблица 2.13. *Moraxella catarrhalis*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: 5% CO₂, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снизу. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Для ингибирующего компонента дисков с ингибиторозащитными β-лактамами – *Staphylococcus aureus* ATCC 29213. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин	-	-	-	-	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Большинство изолятов <i>M. catarrhalis</i> продуцируют бета-лактамазу; продукция бета-лактамы происходит медленно и плохо выявляется при исследовании <i>in vitro</i>. Изоляты, продуцирующие бета-лактамазу, являются резистентными к незащищенным пенициллинам и аминопенициллинам.</p> <p>2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.</p> <p>3/А. Чувствительность оценивается по чувствительности к амоксициллину-клавулановой кислоте.</p> <p>4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.</p>
Ампициллин	- ¹	- ¹	-	-	-	
Ампициллин-сульбактам	1 ^{2,3}	1 ^{2,3}	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А	
Амоксициллин	- ¹	- ¹	-	-	-	
Амоксициллин-клавулановая кислота	1 ⁴	1 ⁴	2-1	19	19	
Пиперациллин	- ¹	- ¹	-	-	-	
Пиперациллин-тазобактам	Прим. ³	Прим. ³	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А	
Тикарциллин-клавулановая кислота	НД	НД	НД	НД	НД	
Темоциллин	НД	НД	НД	НД	НД	
Феноксиметилпенициллин	-	-	-	-	-	
Оксациллин	-	-	-	-	-	
Клоксациллин	-	-	-	-	-	
Диклоксациллин	-	-	-	-	-	
Флулоксациллин	-	-	-	-	-	
Мециллин ам перорально (пивмециллин ам) (только чистит)	-	-	-	-	-	

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Цефаклор	-	-	30	-	-	-	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Добавление ингибиторов бета-лактамаз не обеспечивает клинического преимущества. Бета-лактамазы, продуцируемые данными микроорганизмами, не модифицируют цефалоспорины или не подавляются ингибиторами в достаточной степени.	
Цефадроксил	-	-	5	-	-	-		
Цефалексин	-	-	5	-	-	-		
Цефазолин	-	-	10	-	-	-		
Цефепим	4	4	30	20	20	20		
Цефепим-эниметазобактам ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А		
Цефидерокол	НД	НД	5	НД	НД	НД		
Цефиксим	0,5	0,5	5	21	21	21		
Цефотаксим	1	2	5	20	17	17		
Цефокситин	НД	НД	10	НД	НД	НД		
Цефподоксим	Ва	Ва	10	Ва	Ва	Ва		
Цефтаролин	НД	НД	10	НД	НД	НД		
Цефтазидим	-	-	-	-	-	-		
Цефтазидим-авибактам	-	-	-	-	-	-		
Цефтибутен	НД	НД	10	НД	НД	НД		
Цефтобипрол	НД	НД	10	НД	НД	НД		
Цефтолозан-авибактам	НД	НД	10	НД	НД	НД		
Цефтриаксон	1	2	30	24	21	21		
Цефуроксим в/в	4	8	30	21	18	18		
Цефуроксим перорально	0,001	4	30	50	21	21		
Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Нечувствительные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. 2/А. Бета-лактамазы, продуцируемые <i>Moraxella spp.</i> , не повреждают карбапенемы или не подавляются ингибиторами. Поэтому добавление ингибиторов не обеспечивает клинического преимущества.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	ЗТН		
	Дорипенем ¹	1	1	10	30	30		30
	Эртапенем ¹	0,5	0,5	10	29	29		29
	Имипенем ¹	2	2	10	29	29		29
	Имипенем-релебактам ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ^А	Прим. ^А		Прим. ^А
Меропенем ¹	2	2	10	33	33	33		
Меропенем-ваборбактам ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А		
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	ЗТН		
Азтреонам	НД	НД	10	НД	НД	НД		
Азтреонам-авибактам	НД	НД	10	НД	НД	НД		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,125	0,125	5	31 ^А	31 ^А	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>А. Для выявления резистентности к фторхинолонам в качестве метода скрининга может быть использован ДДМ с налидиксовой кислотой. См. Примечание В. В. Изоляты с отрицательным результатом скрининга следует оценивать как чувствительные к ципрофлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину и офлоксацину. Для изолятов с положительным результатом скрининга следует определять чувствительность к каждому препарату индивидуально_или оценить их как резистентные.</p>
Делафлоксацин	НД	НД	5	НД	НД	
Левофлоксацин	0,125	0,125	5	29 ^А	29 ^А	
Моксифлоксацин	0,25	0,25	5	26 ^А	26 ^А	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП	30	23 ^В	23 ^В	
Норфлоксацин (только цистит)	-	-	-	-	-	
Офлоксацин	0,25	0,25	5	28 ^А	28 ^А	
Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	Амикацин	НД	НД	НД	НД	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
	Гентамицин	НД	НД	НД	НД	
	Нетилмицин	НД	НД	НД	НД	
Тобрамицин	НД	НД	НД	НД		
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	Далбаванцин	-	-	-	-	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
	Оритаванцин	-	-	-	-	
	Тейкопланцин	-	-	-	-	
Телаванцин	-	-	-	-		
Ванкомицин	-	-	-	-		
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	Азитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹	15	Прим. ^А	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Эритромицин может быть использован для скрининга резистентности к макролидам у <i>Moraxella catarrhalis</i>. Изоляты, чувствительные к эритромицину, оцениваются как чувствительные к азитромицину, кларитромицину и рокситромицину. Для резистентных изолятов следует определить чувствительность к каждому препарату индивидуально_или оценить их как резистентные.</p>
	Кларитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹		Прим. ^А	
	Эритромицин	0,25	0,25		23 ^А	
	Рокситромицин	0,5 ¹	0,5 ¹		Прим. ^А	
Клиндамицин	-	-		-		
Хинупристин-далфопристин	-	-		-		

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Доксициклин	1 ¹	1 ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Тетрациклин может быть использован для скрининга резистентности к тетрациклинам. Чувствительные к тетрациклину изоляты, оцениваются как чувствительные к доксициклину и миноциклину. Для резистентных изолятов следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить их как резистентные.
Миноциклин	1 ¹	1 ¹	30	25 ^А	25 ^А			
Тетрациклин	2 ¹	2 ¹	30	26 ^А	26 ^А			
Тигециклин	НД	НД		НД	НД			
Эрвациклин	НД	НД		НД	НД			
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Линезолид	-	-			-	-		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тедизолид	-	-			-	-		
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Хлорамфеникол	Прим. ¹	Прим. ¹			Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Толпическое применение хлорамфеникола – см. Таблицу «Толпические антимикробные препараты». 2. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
Колистин	-	-			-	-		
Даптомицин	-	-			-	-		
Фосфомицин в/в	НД	НД		НД	НД			
Фосфомицин перорально	-	-			-	-		
Фузидовая кислота	-	-			-	-		
Лефамулин	НД	НД		НД	НД			
Метронидазол	-	-			-	-		
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-			-	-		
Нитроксалин (только цистит)	-	-			-	-		
Рифампицин	-	-			-	-		
Спектиномицин	-	-			-	-		
Триметоприм (только цистит)	-	-			-	-		
Триметоприм-сульфаметоксазол ²	1	1	1,25-23,75	15	15	15		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Таблица 2.14. *Neisseria gonorrhoeae*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Информация о режиме дозирования препаратов, используемых при установлении пограничных значений – см. в таблице «Режимы дозирования».

Для определения чувствительности *Neisseria gonorrhoeae* следует использовать один из методов определения МПК. Критерии интерпретации результатов для диско-диффузионного метода не установлены. При использовании коммерческих систем для определения МПК необходимо следовать инструкциям производителя. При небольшом количестве изолятов, выделяемых в лаборатории, рекомендуется отправлять их для определения чувствительности в референтную лабораторию.

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Бензилпенициллин (индикаторный препарат) ¹	0,06 ¹	1		1. Проведение теста для выявления продукции бета-лактамаз является обязательным (можно использовать тесты на основе хромогенных цефалоспоринов). При положительном результате – изолят оценивается как резистентный к ампициллину и амоксициллину. Для изолятов, не продуцирующих бета-лактамазу, следует определить МПК бензилпенициллина и на основании МПК бензилпенициллина оценить чувствительность к ампициллину и амоксициллину (чувствительность к бензилпенициллину в отчете не указывается).
Ампициллин ¹	Прим. ¹	Прим. ¹		
Ампициллин-сульбактам	НД	НД		
Амоксициллин ¹	Прим. ¹	Прим. ¹		
Амоксициллин-клавулановая кислота	Прим. ¹	Прим. ¹		
Пиперациллин	-	-		
Пиперациллин-тазобактам	-	-		
Тикарциллин-клавулановая кислота	-	-		
Темоциллин	НД	НД		
Феноксиметилпенициллин	-	-		
Оксациллин	-	-		
Клоксациллин	-	-		
Диклоксациллин	-	-		
Флуклоксациллин	-	-		
Мецилинам перорально (пивмецилинам) (только цистит)	-	-		

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Цефаклор	-	-		
Цефадроксил	-	-		
Цефалексин	-	-		
Цефазолин	-	-		
Цефепим	-	-		
Цефепим-энметазобактам	-	-		
Цефидерокол	НД	НД		
Цефиксим	0,125	0,125		
Цефотаксим	0,125	0,125		
Цефокситин	НД	НД		
Цефподоксим	-	-		
Цефтаролин	-	-		
Цефтазидим	-	-		
Цефтазидим-авибактам	-	-		
Цефтибутен	-	-		
Цефтобипрол	-	-		
Цефтолозан-тазобактам	-	-		
Цефтриаксон	0,125	0,125		
Цефуроским в/в	-	-		
Цефуроским перорально	-	-		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Дорипенем	НД	НД		
Эртапенем	НД	НД		
Имипенем	НД	НД		
Имипенем-релебактам	НД	НД		
Меропенем	НД	НД		
Меропенем-ваборбактам	НД	НД		

Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Азтреонам	НД	НД		
Азтреонам-авибактам	IE	IE		

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Ципрофлоксацин	0,03	0,06		
Левифлоксацин	НД	НД		
Делафлоксацин	НД	НД		
Моксифлоксацин	НД	НД		
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		
Норфлоксацин (только цистит)	-	-		
Офлоксацин	0,125	0,25		

Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Амикацин	-	-		
Гентамицин	-	-		
Нетилмицин	-	-		
Тобрамицин	-	-		

Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Далбаванцин	-	-		
Оритаванцин	-	-		
Тейкопланин	-	-		
Телаванцин	-	-		
Ванкомицин	-	-		

Макролиды, линкозамиды и стрептограмины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Азитромицин	Прим. ¹	Прим. ¹		1. Азитромицин всегда используется в сочетании с другими эффективными препаратами. При проведении исследования с целью оценки наличия приобретенных механизмов резистентности следует пользоваться ЕСOFF: 1 мг/л.
Кларитромицин	-	-		
Эритромицин	-	-		
Рокситромицин	-	-		
Клиндамицин	-	-		
Хинупристин-далфопристин	-	-		

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Доксициклин	НД	НД		-
Миноциклин	НД	НД		
Тетрациклин	0,5	0,5		
Тигециклин	НД	НД		
Эравациклин	НД	НД		

Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Линезолид	-	-		
Тедизолид	-	-		

Другие antimicrobные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечание Цифрами обозначены примечания , относящиеся к пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Хлорамфеникол	-	-		
Колистин	-	-		
Даптомицин	-	-		
Фосфомицин в/в	-	-		
Фосфомицин перорально	-	-		
Фузидовая кислота	-	-		
Лефамулин	НД	НД		
Метронидазол	-	-		
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-		
Нитроксолин (только цистит)	-	-		
Рифампицин	-	-		
Спектиномицин	64	64		
Триметоприм (только цистит)	-	-		
Триметоприм-сульфаметоксазол	-	-		

Таблица 2.15. *Neisseria meningitidis*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Для определения чувствительности *Neisseria meningitidis* следует использовать один из методов определения МПК. Критерии интерпретации результатов для диско-диффузионного метода не установлены. При использовании коммерческих систем для определения МПК необходимо следовать инструкциям производителя.

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Бензилпенициллин (все показания)	0,25	0,25		1. Все пограничные значения применимы при внутривенном использовании препаратов.
Ампициллин (кроме менингита)	0,125	1		
Ампициллин (менингит)	НД	НД		
Ампициллин-сульбактам	НД	НД		
Амоксициллин (кроме менингита)	0,125	1		
Амоксициллин (менингит)	НД	НД		
Амоксициллин-клавулановая кислота	-	-		
Пиперациллин	-	-		
Пиперациллин-тазобактам	-	-		
Тикарциллин-клавулановая кислота	-	-		
Темоциллин	-	-		
Феноксиметилпенициллин	-	-		
Оксациллин	-	-		
Клоксациллин	-	-		
Диклоксациллин	-	-		
Флуклоксациллин	-	-		
Мециллин перорально (пивмециллин) (только цистит)	-	-		

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Цефаклор	-	-		1. Резистентные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию.
Цефадроксил	-	-		
Цефалексин	-	-		
Цефазолин	-	-		
Цефепим	-	-		
Цефидерокол	НД	НД		
Цефиксим	-	-		
Цефотаксим (все показания) ¹	0,125	0,125		
Цефокситин	-	-		
Цефподоксим	-	-		
Цефтаролин	-	-		
Цефтазидим	-	-		
Цефтазидим-авибактам	-	-		
Цефтибутен	-	-		
Цефтобипрол	-	-		
Цефтолозан-тазобактам	-	-		
Цефтриаксон (все показания, включая профилактику) ¹	0,125	0,125		
Цефуросим в/в	-	-		
Цефуросим перорально	-	-		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Карбапенемы ^{1,2}	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Дорипенем	Прим. ²	Прим. ²		1. Резистентные изоляты встречаются крайне редко или еще не обнаружены. Во всех случаях выявления таких изолятов следует повторить идентификацию и определение чувствительности и отправить изолят в референтную лабораторию. 2. Пограничные значения для оценки чувствительности <i>N. meningitidis</i> , выделяемых при системных инфекциях (менингит с сопутствующей бактериемией или без), установлены только для меропенема. 3. Добавление ингибиторов не обеспечивает клинического преимущества.
Эртапенем	НД	НД		
Имипенем	Прим. ²	Прим. ²		
Имипенем-релебактам ³	Прим. ^{2,3}	Прим. ^{2,3}		
Меропенем (все показания) ^{1,2}	0,25	0,25		
Меропенем-ваборбактам ³	Прим. ^{2,3}	Прим. ^{2,3}		
Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Азтреонам	-	-		
Азтреонам-авибактам	НД	НД		
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Ципрофлоксацин (все показания, включая менингит и профилактику)	0,016	0,016		-
Делафлоксацин	НД	НД		
Левифлоксацин	НД	НД		
Моксифлоксацин	НД	НД		
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП		
Норфлоксацин (только цистит)	-	-		
Офлоксацин	НД	НД		
Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Амикацин	-	-		
Гентамицин	-	-		
Нетилмицин	-	-		
Тобрамицин	-	-		
Гликопептиды и липопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Далбаванцин	-	-		
Оритаванцин	-	-		
Тейкопланин	-	-		
Телаванцин	-	-		
Ванкомицин	-	-		
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Азитромицин	-	-		
Кларитромицин	-	-		
Эритромицин	-	-		
Рокситромицин	-	-		
Клиндамицин	-	-		
Хинупристин-далфопристин	-	-		

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Доксициклин	-	-		1. Тетрациклин может быть использован для прогнозирования чувствительности к миноциклину для его использования с целью профилактики менингококковой инфекции.
Миноциклин (только для профилактики)	1 ¹	1 ¹		
Тетрациклин (только скрининг)	2 ¹	2 ¹		
Тигециклин	НД	НД		
Эравациклин	НД	НД		

Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Линезолид	-	-		
Тедизолид	-	-		

Другие antimicrobные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Хлорамфеникол (менингит) ¹	2	2		1. Применение хлорамфеникола при менингите – см. Таблицу «Режимы дозирования».
Колистин	-	-		
Даптомицин	-	-		
Фосфомицин в/в	-	-		
Фосфомицин перорально	-	-		
Фузидовая кислота	-	-		
Лефамулин	-	-		
Метронидазол	-	-		
Нитрофурантоин (только цистит)	-	-		
Нитроксолин (только цистит)	-	-		
Рифампицин (только для профилактики)	0,25	0,25		
Спектиномицин	-	-		
Триметоприм (только цистит)	-	-		
Триметоприм-сульфаметоксазол	-	-		

Таблица 2.16. Анаэробные бактерии. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность	Руководящие документы	Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения
Для других видов, кроме перечисленных ниже: см. рекомендации EUCAST по интерпретации результатов определения чувствительности при отсутствии пограничных значений		
<p>Определение МПК (метод разведений в агаре) Питательная среда: Агар для прихотливых анаэробов + 5% дефибрированной лошадиной крови</p> <p>Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/спот</p> <p>Инукубация: Анаэробные условия, 35–37°C, 42–48 ч</p> <p>Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, при которой отмечаются заметные различия видимого роста между контрольной и опытной чашкой.</p> <p>Контроль качества: <i>Bacteroides fragilis</i> ATCC 25285 и <i>Clostridium perfringens</i> ATCC 13124. Контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества EUCAST.</p> <p><i>Clostridium perfringens</i> DSM 25589 и диск с метронидазолом 5 мкг – для контроля анаэробных условий.</p>	<p>Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST) Питательная среда: Агар для прихотливых анаэробов + 5% дефибрированной лошадиной крови. Чашки с агаром необходимо подсушить перед инокуляцией (при 20–25°C в течение ночи или при 35°C с открытой крышкой в течение 15 мин)</p> <p>Инокулюм: 1,0 по стандарту мутности МакФарланда</p> <p>Инукубация: Анаэробные условия, 35–37°C, 18 ± 2 ч</p> <p>Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снимают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности анаэробных бактерий диско-диффузионным методом» и иллюстрации внизу страницы.</p> <p>Контроль качества: <i>Bacteroides fragilis</i> ATCC 25285 и <i>Clostridium perfringens</i> ATCC 13124. Контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества EUCAST.</p> <p><i>Clostridium perfringens</i> DSM 25589 и диск с метронидазолом 5 мкг – для контроля анаэробных условий.</p>	

***Bacteroides* spp.**

Пограничные значения для *Bacteroides* spp. валидированы также для *Parabacteroides* spp. и *Phosaeicola dorei/vulgatus* (ранее – *Bacteroides dorei/vulgatus*).

Антимикробный препарат	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ампициллин-сульбактам	2 ¹	2 ¹	10–10	25	25	1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л. 2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.
Амоксициллин-клавулановая кислота	2 ²	2 ²	2–1	14	14	
Пиперациллин-тазобактам ³	2 ⁴	2 ⁴	30–6	24	24	3. Изоляты, чувствительные к ампициллину-сульбактаму и амоксициллину-клавулановой кислоте, могут быть резистентными к пиперациллину-тазобактаму. 4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.
Эртапенем	(2) ⁵	(2) ⁵	10	(23) ^A	(23) ^A	
Имипенем	1	1	10	29	29	5/A. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Меропенем	1	1	10	28	28	
Клиндамицин	(4) ⁵	(4) ⁵	2	(10) ^{A,B}	(10) ^{A,B}	B. Внимательно осмотрите зону подавления роста с целью выявления отдельных колоний внутри зоны. Отдельные колонии в зоне подавления роста должны быть учтены.
Метронидазол	4	4	5	25	25	

<i>Prevotella</i> spp.	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Антимикробный препарат								Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Бензилпенициллин	0,5 ¹	0,5 ¹	ЗТН	1 ЕД	20 ^А	20 ^А		1/А. Изоляты, чувствительные к бензилпенициллину, следует оценить как чувствительные ко всем бета-лактамам, для которых установлены пограничные значения (включая Примечания) без дальнейшего тестирования. Для резистентных к бензилпенициллину изолятов, следует определить чувствительность к каждому препарату.
Ампициллин	0,5 ¹	0,5 ¹		2	25 ^А	25 ^А		2. При очень низких концентрациях ампициллина, амоксициллина и пиперациллина антимикробная активность фиксированной концентрации ингибитора (2 мг/л клавулановой кислоты и 4 мг/л сульбактама и тазобактама) такова, что могут быть получены искусственно заниженные значения МПК. По этой причине пограничные значения МПК не установлены. Данный феномен не влияет на результаты диско-диффузионного метода, так как концентрация ингибитора уменьшается пропорционально с концентрацией активного компонента.
Ампициллин-сульбактам	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		10–10	33 ^А	33 ^А		В. Чувствительность оценивается по ампициллину.
Амоксициллин	0,25 ¹	0,25 ¹			Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}		С. Внимательно осмотрите зону подавления роста с целью выявления отдельных колоний внутри зоны. Отдельные колонии в зоне подавления роста должны быть учтены.
Амоксициллин-клавулановая к-та	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		2–1	24 ^А	24 ^А		
Пиперациллин-тазобактам	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		30–6	26 ^А	26 ^А		
Эртапенем	0,5 ¹	0,5 ¹		10	29 ^А	29 ^А		
Имипенем	0,125 ¹	0,125 ¹		10	35 ^А	35 ^А		
Меропенем	0,25 ¹	0,25 ¹		10	34 ^А	34 ^А		
Клиндамицин	0,25	0,25		2	31 ^С	31 ^С		
Метронидазол	4	4		5	22	22		
<i>Fusobacterium necrophorum</i>								
Антимикробный препарат								Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Бензилпенициллин	0,125 ¹	0,125 ¹	ЗТН	1 ЕД	25 ^А	25 ^А		1/А. Изоляты, чувствительные к бензилпенициллину, следует оценить как чувствительные ко всем бета-лактамам, для которых установлены пограничные значения (включая Примечания) без дальнейшего тестирования. Для резистентных к бензилпенициллину изолятов, следует определить чувствительность к каждому препарату.
Ампициллин	0,5 ¹	0,5 ¹		2	27 ^А	27 ^А		2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.
Ампициллин-сульбактам	0,5 ^{1,2}	0,5 ^{1,2}		10–10	33 ^А	33 ^А		3. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.
Амоксициллин	0,5 ¹	0,5 ¹			Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}		4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.
Амоксициллин-клавулановая кислота	0,5 ^{1,3}	0,5 ^{1,3}		2–1	23 ^А	23 ^А		В. Чувствительность оценивается по ампициллину.
Пиперациллин-тазобактам	0,5 ^{1,4}	0,5 ^{1,4}		30–6	32 ^А	32 ^А		С. Внимательно осмотрите зону подавления роста с целью выявления отдельных колоний внутри зоны. Отдельные колонии в зоне подавления роста должны быть учтены.
Эртапенем	0,06 ¹	0,06 ¹		10	35 ^А	35 ^А		
Имипенем	0,125 ¹	0,125 ¹		10	36 ^А	36 ^А		
Меропенем	0,03 ¹	0,03 ¹		10	35 ^А	35 ^А		
Клиндамицин	0,25	0,25		2	30 ^С	30 ^С		
Метронидазол	0,5	0,5		5	30	30		

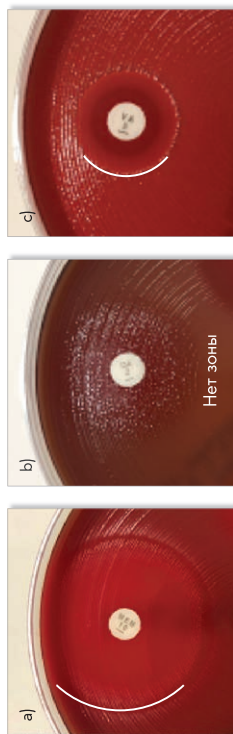
Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Антимикробный препарат	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
<i>Clostridium perfringens</i>								
Бензилпенициллин	0,5 ¹	0,5 ¹	ЗТН	1 ЕД	15 ^А	15 ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Изоляты, чувствительные к бензилпенициллину, следует оценить как чувствительные ко всем бета-лактамам, для которых установлены пограничные значения (включая Примечания) без дальнейшего тестирования. Для резистентных к бензилпенициллину изолятов, следует определить чувствительность к каждому препарату.</p> <p>2. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация сульбактама – 4 мг/л.</p> <p>3. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.</p> <p>4. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.</p> <p>В. Чувствительность оценивается по ампициллину.</p> <p>С. Внимательно осмотрите зону подавления роста с целью выявления отдельных колоний внутри зоны. Отдельные колонии в зоне подавления роста должны быть учтены.</p>
Ампициллин	0,25 ¹	0,25 ¹		2	23 ^А	23 ^А		
Ампициллин-сульбактам	0,25 ^{1,2}	0,25 ^{1,2}		10–10	27 ^А	27 ^А		
Амоксициллин	0,25 ¹	0,25 ¹		2–1	Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}		
Амоксициллин-клавулановая кислота	0,25 ^{1,3}	0,25 ^{1,3}		2–1	23 ^А	23 ^А		
Пиперациллин-тазобактам	0,5 ^{1,4}	0,5 ^{1,4}		30–6	24 ^А	24 ^А		
Эртапенем	0,5 ¹	0,5 ¹		10	24 ^А	24 ^А		
Имипенем	0,5 ¹	0,5 ¹		10	25 ^А	25 ^А		
Меропенем	0,125 ¹	0,125 ¹		10	25 ^А	25 ^А		
Ванкомицин	2	2		5	12	12		
Клиндамицин	0,25	0,25		2	19 ^С	19 ^С		
Метронидазол	4	4		5	16	16		

Антимикробный препарат	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
<i>Cutibacterium acnes</i>								
Бензилпенициллин	0,06 ¹	0,06 ¹	ЗТН	1 ЕД	24 ^А	24 ^А	ЗТН	<p>Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1/А. Изоляты, чувствительные к бензилпенициллину, следует оценить как чувствительные ко всем бета-лактамам, для которых установлены пограничные значения (включая Примечания) без дальнейшего тестирования. Для резистентных к бензилпенициллину изолятов, следует определить чувствительность к каждому препарату.</p> <p>2. При очень низких концентрациях ампициллина, амоксициллина и пиперациллина антимикробная активность фиксированной концентрации ингибитора (2 мг/л клавулановой кислоты и 4 мг/л сульбактама и тазобактама) такова, что могут быть получены искусственно заниженные значения МПК. По этой причине пограничные значения МПК не установлены. Данный феномен не влияет на результаты диско-диффузионного метода, так как концентрация ингибитора уменьшается пропорционально с концентрацией активного компонента.</p> <p>В. Чувствительность оценивается по ампициллину.</p> <p>С. Чувствительность к цефтриаксону может оцениваться по результатам оценки чувствительности к цефотаксиму диско-диффузионным методом.</p> <p>Д. Внимательно осмотрите зону подавления роста с целью выявления отдельных колоний внутри зоны. Отдельные колонии в зоне подавления роста должны быть учтены.</p>
Ампициллин	0,25 ¹	0,25 ¹		2	23 ^А	23 ^А		
Ампициллин-сульбактам	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		10–10	33 ^А	33 ^А		
Амоксициллин	0,25 ¹	0,25 ¹		2–1	Прим. ^{А,В}	Прим. ^{А,В}		
Амоксициллин-клавулановая кислота	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		2–1	24 ^А	24 ^А		
Пиперациллин-тазобактам	Прим. ^{1,2}	Прим. ^{1,2}		30–6	27 ^А	27 ^А		
Цефотаксим	NA	NA		5	26 ^{А,С}	26 ^{А,С}		
Цефтриаксон	0,06 ¹	0,06 ¹		30	33 ^{А,С}	33 ^{А,С}		
Эртапенем	0,25 ¹	0,25 ¹		10	28 ^А	28 ^А		
Имипенем	0,03 ¹	0,03 ¹		10	39 ^А	39 ^А		
Меропенем	0,125 ¹	0,125 ¹		10	28 ^А	28 ^А		
Ванкомицин	2	2		5	22	22		
Клиндамицин	0,25	0,25		2	26 ^В	26 ^В		
Линезолид	2	2		10	34	34		

Clostridioides difficile

Антимикробный препарат	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≤	Р <	ЗТН	
Ванкомицин	2 ¹	2 ¹		Ва	Ва	ЗТН	<p>1. Пограничные значения установлены на уровне значения эпидемиологической точки отсечения (ЕСOFF) и применимы для пероральной терапии инфекций, вызванных <i>C. difficile</i>. Убедительные клинические данные о связи между МПК и исходами терапии не обнаружены.</p>
Фидаксомин	0,5 ¹	0,5 ¹		Ва	Ва		
Метронидазол	2 ¹	2 ¹		Ва	Ва		

**Примеры учета зоны подавления роста анаэробных бактерий.**

- a) При наличии валеобразного роста внутри зоны учет следует проводить по наиболее четкому краю зоны роста. Для облегчения определения четкого края следует просматривать чашку под разными углами зрения.
- b) Изолированные колонии внутри зоны подавления роста должны быть учтены. Клиндамицин: особенно важно тщательно просматривать зону подавления роста для выявления изолированных колоний внутри зоны.
- c) При учете результатов зона гемолиза не учитывается.

Таблица 2.17. *Helicobacter pylori*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Для определения чувствительности *Helicobacter pylori* следует использовать один из методов определения МПК. Критерии интерпретации результатов для диско-диффузионного метода не установлены. При использовании коммерческих систем для определения МПК необходимо следовать инструкциям производителя.

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Амоксициллин перорально	0,125	0,125		-
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Левифлоксацин	1	1		-
Макролиды	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Кларитромицин	0,25	0,25		-
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Тетрациклин	1	1		-
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания , относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Метронидазол	8	8		-
Рифампицин	1	1		-

Таблица 2.18. *Listeria monocytogenes*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)
Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)
Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл
Инукуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч
Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».
Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)
Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)
Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда
Инукуляция: 5% CO_2 , $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч
Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снижают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.
Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин (инфекции кроме менингита)	1	1	ЗТН	1 ЕД	13	13		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Бензилпенициллин (менингит)	НД	НД		2	НД	НД		
Ампициллин в/в (все показания)	1	1			16	16		

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Меропенем (все показания)	0,25	0,25	ЗТН	10	26	26		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Моксифлоксацин (менингит)	НД	НД			НД	НД		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.

Оксазолидоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид (менингит)	НД	НД		НД	НД	
	ЗТН	ЗТН		ЗТН	ЗТН	
Макролиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Эритромицин (инфекции, кроме менингита)	1	1	15	25	25	
	ЗТН	ЗТН		ЗТН	ЗТН	
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Триметоприм-сульфаметоксазол (все показания) ¹	0,06	0,06	1,25-23,75	29	29	
	ЗТН	ЗТН		ЗТН	ЗТН	

Таблица 2.19. *Pasteurella spp.* Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулом: 5×10^5 КОЕ/мл

Инукубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулом: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инукубация: 5% CO_2 , $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снижают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, контроль ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамов и ингибиторов бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пограничные значения установлены в основном на основании данных, полученных для *Pasteurella multocida*, а также некоторых данных для других видов (*P. canis*, *P. dagmatis* и *P. aerogenes*).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин	0,5	0,5	1 ЕД	17	17	Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л. А. Оценивается по чувствительности к бензилпенициллину.
Ампициллин	1	1		Прим. ^А	Прим. ^А	
Амоксициллин	1	1		Прим. ^А	Прим. ^А	
Амоксициллин-клавулановая кислота	1 ¹	1 ¹	2–1	15	15	
Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Цефотаксим	0,03	0,03	5	26	26	Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Ципрофлоксацин	0,06	0,06	5	27 ^А	27 ^А	Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Определение чувствительности к налидиксовой кислоте диско-диффузионным методом может использоваться для скрининга резистентности к фторхинолонам. См. Примечание В. В. Изюлаты с отрицательным результатом скрининга оцениваются как чувствительные к ципрофлоксацину и левофлоксацину. Для изюлатов с положительным результатом скрининга следует определить чувствительность к каждому препарату или оценить их как резистентные.
Левифлоксацин	0,06	0,06	5	27 ^А	27 ^А	
Налидиксовая кислота (только скрининг)	НП	НП	30	23 ^В	23 ^В	

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	1	1		Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Чувствительность определяется по результатам скрининга с тетрациклином.
Тетрациклин (только скрининг)	НП	НП	30	24 ^А	24 ^А	
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	0,25	0,25	1,25-23,75	23	23	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.

Таблица 2.20. *Streptococcus pneumoniae* и *S. coli*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Пограничное значение МПК для категории Ч ≤ 0,001 мг/л – произвольное, выходящее за пределы шкалы измерений пограничное значение (и соответствующее ему значение диаметра зоны подавления роста «Ч ≥ 50 мм»), которое позволяет оценить микроорганизмы «дикого типа» (микроорганизмы, не имеющие фенотипически выявляемых приобретенных механизмов резистентности к препарату) как «Чувствительные при увеличенной экспозиции» (У). Результаты определения чувствительности для этих комбинаций микроорганизм-антибиотик никогда не оцениваются как «Чувствительный при стандартном режиме дозирования» (Ч).

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1) Параметры диско-диффузионного метода (стандартизованный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5 × 10⁵ КОЕ/мл

Инокуляция: Микроаэрофильные условия, 41 ± 1 °С, 24 ± 1 ч. При слабом росте изолята после 24 ч инкубации следует немедленно продлить инкубацию до 40–48 часов, после чего провести учет результатов.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Staphylococcus aureus* ATCC 29213 (стандартные условия для тестирования стафилококков)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: Микроаэрофильные условия, 41 ± 1 °С, 24 ч. При слабом росте изолята после 24 ч инкубации следует немедленно продлить инкубацию до 40–48 часов, после чего провести учет результатов.

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снижают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 33560.

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,001	0,5	5	50	26	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Макролиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А	1/А. Эритромицин может быть использован для определения чувствительности к азитромицину и кларитромицину.	
	4 ¹	4 ¹	15	20 ^А	20 ^А	
Эритромицин, <i>S. jejuni</i>	8 ¹	8 ¹	15	18 ^А	18 ^А	
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
2 ¹	2 ¹	30	30 ^А	30 ^А	1/А. Тетрациклин может быть использован для определения чувствительности к доксициклину.	

Таблица 2.2.1. *Staphylococcus aureus* spp. (кроме *S. epidermidis* и *S. sciuri*). Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуре – см. лист Пояснения

Пограничные значения для *S. epidermidis* и *S. sciuri* приведены в отдельной таблице.

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч). Если после 16–20 ч инкубации наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инкубацию и провести учет результатов после 40–44 ч инкубации.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтона + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инкубация: $5\% \text{CO}_2$, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч. Если после 16–20 ч инкубации наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инкубацию и провести учет результатов после 40–44 инкубации.

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снизу. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин	0,001	1	1 unit	50	12	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,001	1	5	50	25	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Моксифлоксацин	0,5	0,5	5	25	25	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Гентамицин	НД	НД	НД	НД	НД	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Гликопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ванкомицин	2	2	5	17 ^А	17 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Изоляты «неидеального типа» были недоступны при установлении пограничных значений диаметра зон подавления роста.

Макролиды и линкозамиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Клиндамицин ¹	0,5	0,5	2	20	20	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. У коринебактерий может наблюдаться индуцибельная резистентность к клиндамицину, которая проявляется антагонизмом между клиндамицином и макролидами. Клиническое значение не установлено. В настоящее время рекомендации по тестированию не сформированы.</p>
				ЗТН	ЗТН	
Тетрациклин	2	2	30	24	24	<p>Примечания</p> <p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
				ЗТН	ЗТН	
Оксазолидиноны	2	2	10	25	25	<p>Примечания</p> <p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
				ЗТН	ЗТН	
Другие антимикробные препараты	0,06	0,06	5	30	30	<p>Примечания</p> <p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p>
				ЗТН	ЗТН	
Рифампицин						

Таблица 2.22. *Staphylococcus aureus* и *S. aureus*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Пограничные значения для *S. aureus* приведены в отдельной таблице.

Определение МПК (метод микрорастворения в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч. Если после 16–20 ч инкубации наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инкубацию и провести учет результатов после 40–44 ч инкубации.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворения в бульоне».

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтона + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокубация: $5\% \text{CO}_2$, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч. Если после 16–20 ч инкубации наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инкубацию и провести учет результатов после 40–44 ч инкубации.

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снимают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Бензилпенициллин	0,001	1	1 ЕД	50	12	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Амоксициллин	1 ¹	1 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Цефотаксим	0,001 ¹	2 ¹	5	50 ^А	15 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Изоляты, «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к бензилпенициллину, могут быть оценены как чувствительные при увеличенной экспозиции к цефотаксиму. Для изолятов, резистентных к бензилпенициллину, следует определить чувствительность к цефотаксиму, или оценить их как резистентные к цефотаксиму.
Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Меропенем	0,25 ¹	0,25 ¹	10	24 ^А	24 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Изоляты, «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к бензилпенициллину, могут быть оценены как чувствительные к меропенему. Для изолятов, резистентных к бензилпенициллину, следует определить чувствительность к меропенему, или оценить их как резистентные к меропенему.

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,001	0,5	5	50	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Макролиды и линкозамиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Эритромицин	0,06	0,06	15	24	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Клиндамицин, <i>C. diptheriae</i> ¹	0,5	0,5	2	15	15	1. Изоляты <i>S. ulcers</i> дикого типа являются менее чувствительными к клиндамицину.
Тетрациклин	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	0,5 ¹	0,5 ¹		24	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тетрациклин	1	1	30	24	24	1/А. Изоляты, чувствительные к тетрациклину, следует оценивать как чувствительные к доксициклину. Для изолятов, резистентных к тетрациклину, следует определить чувствительность к доксициклину, или оценить их как резистентные к доксициклину.
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Линезолид	2	2	10	25	25	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Рифампицин	0,06	0,06	5	24	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	0,5	0,5	1,25-23,75	23	23	Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.

Таблица 2.2.3. *Aegococcus sapidulicola* и *A. vitinae*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)¹

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5 × 10⁵ КОЕ/мл

Инокуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, 35 ± 1 °С, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч). Если после 16–20 ч инкубации наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инкубацию и провести учет результатов после 40–44 ч инкубации.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Streptococcus ruelandiae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

¹ Для фторхинолонов более отчетливо конечная точка роста может быть определена методом разведений в агаре.

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтона + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: 5% CO₂, 35 ± 1 °С, 18 ± 2 ч. Если в течение 16–20 ч инкубации наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инкубацию и провести учет результатов после 40–44 ч инкубации.

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снимают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Streptococcus ruelandiae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин	0,125	0,125	ЗТН	1 ЕД	21	21	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Чувствительность оценивается по чувствительности к ампициллину.
Ампициллин	0,25	0,25	ЗТН	2	26	26		
Амоксициллин	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ^А	Прим. ^А	Прим. ^А		
Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Меропенем	0,25	0,25	ЗТН	10	31	31	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Ципрофлоксацин (только цистит)	2	2	ЗТН	5	21 ^А	21 ^А	1. Чувствительность можно оценить по чувствительности к ципрофлоксацину.	
Левлофлоксацин (только цистит)	2 ¹	2 ¹	ЗТН	5	Прим. ^Б	Прим. ^Б	А. Чувствительность можно оценить по чувствительности к норфлоксацину. См. Примечание С.	
Норфлоксацин (только скрининг)	НП	НП	ЗТН	10	17 ^С	17 ^С	В. Чувствительность может быть оценена по чувствительности к ципрофлоксацину или норфлоксацину. См. Примечание С. С. Для скрининга резистентности к фторхинолонам можно использовать ДДМ с норфлоксацином.	

Гликопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ванкомицин	1	1	5	16 ^А	3ТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Изоляты «недидкого типа» были недоступны при установлении пограничных значений диаметра зон подавления роста.
		ЗТН				
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Нитрофурантоин (только цистит)	16	16	100	16	16	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	0,125	0,125		25	25	
Рифампицин			5			

Таблица 2.2.4. *Kingella kingae*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катон-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон + 5% лизированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (бульон МХ-П)

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч. Если после 16–20 ч инокуляции наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инокуляцию и провести учет результатов после 40–44 ч инокуляции.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: 5% CO₂, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч. Если в течение 16–20 ч инокуляции наблюдается слабый рост, необходимо немедленно продлить инокуляцию и провести учет результатов после 40–44 ч инокуляции.

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снимают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Haemophilus influenzae* ATCC 49766. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины ¹	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Бензилпенициллин	0,03	0,03		1 ЕД	25	25		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Изоляты, продуцирующие β-лактамазу, оцениваются как резистентные к бензилпенициллину и незащищенным ампициллину и амоксициллину. Для выявления продукции β-лактамазы можно использовать тесты с хромогенным цефалоспорином. Другие механизмы резистентности к β-лактамам, кроме продукции β-лактамазы, у <i>K. kingae</i> не описаны. 2/А. Чувствительность оценивается по чувствительности к бензилпенициллину. 3. Антимикробная активность клавулановой кислоты в фиксированной концентрации 2 мг/л <i>in vitro</i> может быть причиной получения искусственно заниженных значений МПК. Поэтому пограничные значения МПК для амоксицилина-клавулановой кислоты не разрабатываются. Данное свойство не влияет на результаты диско-диффузионного метода, так как концентрация ингибитора уменьшается пропорционально с концентрацией активного компонента.
Ампициллин	0,06 ²	0,06 ²			Прим. ^А	Прим. ^А		
Амоксициллин	0,125 ²	0,125 ²			Прим. ^А	Прим. ^А		
Амоксициллин-клавулановая кислота	Прим. ³	Прим. ³		2–1	22	22		

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефотаксим	0,125	0,125		5	27	27		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефтриаксон	0,06	0,06		30	30	30		
Цефуроксим в/в	0,5	0,5		30	29	29		

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Меропенем	0,03	0,03	10	30	30	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Ципрофлоксацин	0,06	0,06	5	28	28	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Левифлоксацин	0,125	0,125	5	28	28		
Макролиды и линкозамиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
	0,25 ¹	0,25 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Чувствительность можно оценить по чувствительности к эритромицину. А. Чувствительность оценивается по чувствительности к эритромицину.
	0,5 ¹	0,5 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А		
	0,5	0,5		20	20		
-	-	-	-				
Азитромицин	0,25 ¹	0,25 ¹	15	20	20		
Кларитромицин	0,5 ¹	0,5 ¹					
Эритромицин	0,5	0,5					
Клиндамицин	-	-					
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Доксициклин	0,5 ¹	0,5 ¹	30	Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к пограничным значениям диаметров зон подавления роста 1/А. Тетрациклин может быть использован для определения чувствительности к тетрациклинам. Изоляты, чувствительные к тетрациклину, оцениваются как чувствительные к доксициклину. Для резистентных к тетрациклину изолятов следует определять чувствительность к доксициклину или оценить их как резистентные.	
Тетрациклин	0,5	0,5	30	28	28		
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
	0,5	0,5		20	20		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к пограничным значениям диаметров зон подавления роста 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19, Пограничные значения представлены по триметоприму.
0,25	0,25	28	28				
Рифампицин	0,5	0,5	5	20	20		
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	0,25	0,25	1,25-23,75	28	28		

Таблица 2.2.5. Aegomonas spp. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкабация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инкабация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

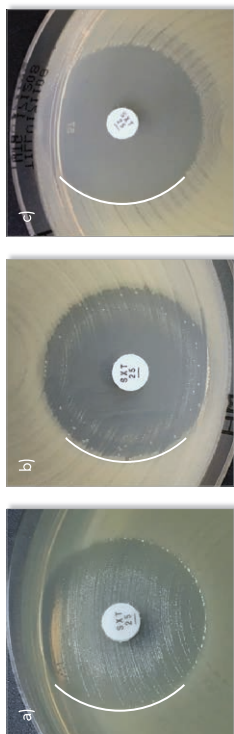
Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Цефепим	1	4		30	27	24		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефтазидим	1	4		10	24	21		

Монобактамы	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Азтреонам	1	4		30	29	26		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)			Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)			Примечания
	Ч ≤	Р >	ЗТН		Ч ≥	Р <	ЗТН	
Ципрофлоксацин	0,25	0,5		5	27	24		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к пограничным значениям диаметров зон подавления роста
Левифлоксацин	0,5	1		5	27	24		

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	\leq	$>$		\geq	$<$	
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	1	1	1,25–23,75	16 ^А	16 ^А	<p>1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19, Пограничные значения представлены по триметоприму.</p> <p>А. Измерять диаметр по четкому краю зоны подавления роста. Вуалеобразный рост или рост внутри зоны подавления роста не учитывается. (См. рисунок под таблицей).</p>



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Aeromonas* spp. к триметоприму-сульфаметоксазолу.

а–с) Измерять диаметр по четкому краю зоны подавления роста. Вуалеобразный рост или рост внутри зоны подавления роста не учитывается.

Таблица 2.26. *Achromobacter xylosoxidans*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатурам – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

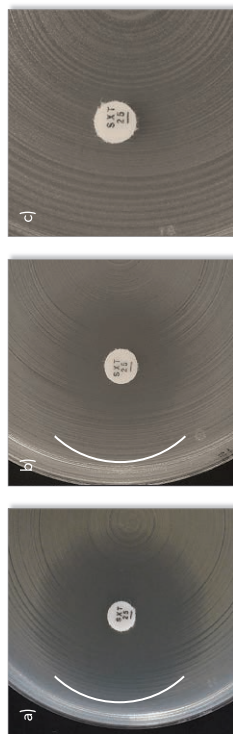
Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН	
Пиперациллин-тазобактам	4 ¹	4 ¹	30–6	26	26	Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	ЗТН	
Цефидерокол ¹	Прим. ²	Прим. ²	30	Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены применения, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены применения, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Для определения МПК методом микрорастворений в бульоне необходимо использовать бульон Мюллера-Хинтон, с низким содержанием железа и следовать особым правилам учета результатов (см. http://www.eucast.org/guidance_documents/). 2/А. Активность цефидерокола <i>in vitro</i> в отношении <i>Achromobacter xylosoxidans</i> сравнима с активностью данного препарата в отношении <i>Enterobacteriales</i> . Также имеются данные об эффективности у животных. Однако клинических данных для установления пограничных значений недостаточно. Изоляты с МПК ≤0,5 мг/л (диаметр зоны подавления роста ≥ 26 мм), как правило, не имеют механизмов резистентности и, вероятно, лечение данным препаратом может быть рассмотрено. Изоляты с МПК 1–2 мг/л имеют приобретенные механизмы резистентности. Клинических данных об исходах терапии инфекций, вызванных такими изолятами, недостаточно, однако в условиях ограниченного выбора препаратов для лечения назначения цефидерокола все еще может быть рассмотрено. Изоляты с МПК ≥ 2 мг/л (диаметр зоны подавления роста < 22 мм), вероятно, будут резистентными к цефидероколу.

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Меропенем	1	4	10	26	20	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
				ЗТН		
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	0,125	0,125	1,25– 23,75	26 ^А	26 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19, Пограничные значения представлены по триметоприму. А. Измерять диаметр по четкому краю зоны подавления роста. Вуалеобразный рост или рост внутри зоны подавления роста не учитывается. (См. рисунок под таблицей).
				ЗТН		



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Achromobacter xylosoxidans* к триметоприму-сульфаметоксазолу.

а–б) Внешняя граница зоны подавления роста определяется. Измерять диаметр по внешнему краю зоны подавления роста и оценить в соответствии с пограничными значениями.
в) Рост до края диска и нет признаков подавления роста (зона подавления роста отсутствует). Изолят оценивается как резистентный.

Таблица 2.27. *Vibrio* spp. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтона

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкаубация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч.

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтона

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инкаубация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пограничные значения применимы для следующих видов: *V. alginolyticus*, *V. cholerae*, *V. fluvialis*, *V. parahaemolyticus* и *V. vulnificus*.

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Пиперациллин-тазобактам	1 ¹	1 ¹	30–6	26	26	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация тазобактама – 4 мг/л.

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Цефотаксим	0,25	0,25	5	21	21	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Цефотаксим, <i>V. fluvialis</i>	НД	НД	НД	НД	НД	
Цефтазидим	1	1	10	22	22	

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Меропенем	0,5	0,5	10	24	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.

Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,25	0,25	5	23 ^А	23 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Чувствительность к ципрофлоксацину и левофлоксацину может быть оценена на основании скрининга с диском с пefлоксацином.
Левифлоксацин	0,25	0,25	5	23 ^А	23 ^А	
Пefлоксацин (только скрининг)	NA	NA	5	22 ^А	22 ^А	

Макролиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Азитромицин <i>Эритромицин (только скрининг)</i>	4	4	15	16 ^А	16 ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Чувствительность к азитромицину может быть оценена на основании результата скринингового теста с эритромицином (диско-диффузионным методом).
	NA	NA	15	12 ^А	12 ^А	
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин <i>Тетрациклин (только скрининг)</i>	0,5	0,5	30	Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Чувствительность к доксициклину может быть оценена на основании результата скринингового теста с тетрациклином (диско-диффузионным методом).
	NA	NA		20 ^А	20 ^А	
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Триметоприм-сульфаметоксазол¹	0,25	0,25	1,25–23,75	21	21	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19, Пограничные значения представлены по триметоприму.

Таблица 2.28. *Bacillus* spp. кроме *B. anthracis*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкабация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч (для гликопептидов – 24 ч).

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Staphylococcus aureus* ATCC 29213. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инкабация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают кверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Staphylococcus aureus* ATCC 29213. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Род *Bacillus* включает несколько видов. Наиболее часто встречающиеся виды принадлежат к группе *Bacillus cereus* complex (*B. cereus*, *B. thuringiensis*, *B. mycooides* и *B. weihenstephanensis*). Пограничные значения не применимы для *Bacillus anthracis*.

Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Имипенем	0,5	0,5	10	30	30	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
Меропенем	0,25	0,25	10	25	25		
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Для выявления резистентности к фторхинолонам в качестве метода скрининга можно использовать ДДМ с норфлоксацином. Примечание В. Изоляты с отрицательным результатом скрининга оцениваются как «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У) к ципрофлоксацину и левофлоксацину. Изоляты с положительным результатом скрининга оцениваются как резистентные к ципрофлоксацину и левофлоксацину.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
	Ципрофлоксацин	0,001	0,5	5	50 ^А		23 ^А
	Левифлоксацин	0,001	1	5	50 ^А		23 ^А
Норфлоксацин (только скрининг)	NA	NA	10	21 ^В	21 ^В		
Гликопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. На момент разработки ДДМ изоляты недикого типа не были доступны.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Ванкомицин	2	2	5	10 ^А	10 ^А		
Макролиды и линкозамиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Эритромицин	0,5	0,5	15	24	24		
Клиндамицин	1	1	2	17	17		
Оксазолидиноны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к пограничным значениям диаметров зон подавления роста.	
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <		
Линезолид	2	2	10	22	22		

Таблица 2.29. *B. anthracis*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микрорастворений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон

Инокулюм: см. Примечание ниже

Инкабация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, $17 \pm 1\text{ч}$ (для гликопептидов – 24 ч).

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микрорастворений в бульоне».

Контроль качества: *Starhylosoccus aigeus* ATCC 29213.

Примечание: 1 КОЕ для данного вида соответствует цепочке, состоящей из множества клеток, а не из одной клетки. Теоретическая плотность инокулюма должна составлять 5×10^8 КОЕ/мл; инокулюм готовится из суспензии с теоретическим количеством КОЕ/мл, соответствующим плотности 0,5 по стандарту мутности МакФарланда ($1-2 \times 10^8$ КОЕ/мл).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инкабация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, $17 \pm 1\text{ч}$

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают сверху дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности диско-диффузионным методом».

Контроль качества: *Starhylosoccus aigeus* ATCC 29213. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества EUCAST.

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	\leq	$>$		\geq	$<$	
Бензилпенициллин	0,001	0,5	1 unit	50	18	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Изоляты, чувствительные при увеличенной экспозиции (У) к бензилпенициллину следует оценивать как чувствительные к амоксициллину. Для резистентных к бензилпенициллину изолятов следует определить чувствительность к амоксициллину или оценить к резистентные к амоксициллину.
Амоксициллин в/в	0,125 ¹	0,125 ¹		Прим. ^А	Прим. ^А	
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	\leq	$>$		\geq	$<$	
Ципрофлоксацин	0,001	0,25	5	50	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Левефлоксацин	0,001	0,5	5	50	23	
Гликопептиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	\leq	$>$		\geq	$<$	
Ванкомицин	(4) ¹	(4) ¹	5	(10) ^А	(10) ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Макролиды и линкозамиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	\leq	$>$		\geq	$<$	
Клиндамицин	1	1	2	17	17	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	0,06 ¹	0,06 ¹		Прим. ^А	ЗТН	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Изоляты, чувствительные к тетрациклину, следует оценивать как чувствительные к доксициклину. Для резистентных к тетрациклину изолятов следует определить чувствительность к доксициклину или оценить их как резистентные к доксициклину.
Тетрациклин	0,125	0,125	30	26	26	
Оксазолидоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Линезолид	2	2	10	20	20	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
Ч ≤	Р >	Ч ≥		Р <		
Рифампицин	(1) ¹	(1) ¹	5	(12) ^А	(12) ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .

Таблица 2.30. *Brucella melitensis*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон*
Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инокуляция: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 48 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности методом микроразведений в бульоне».

Контроль качества: *Staphylococcus aureus* ATCC 29213. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества EUCAST.

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон + 5% дефибрированной лошадиной крови и 20 мг/л β-НАД (МХ-П)

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

Инокуляция: $5\% \text{CO}_2$, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 48 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают дном книзу, так чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете), крышку снижают. При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. «Рекомендации EUCAST по учету результатов определения чувствительности диско-диффузионным методом».

Контроль качества: *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, см. Таблицы контроля качества EUCAST.

* Для повышения надежности диско-диффузионного метода рекомендуется использовать разные среды для микроразведений в бульоне и диско-диффузионного метода.

Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Цефтриаксон (менингит)	(2) ¹	(2) ¹	30	(30) ^A	(30) ^A	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
Фторхинолоны	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Ципрофлоксацин	0,001	1	5	50	27	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	0,001	1		50	28	
Левифлоксацин			5			
Аминогликозиды	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Гентамицин	(0,5) ¹	(0,5) ¹	10	(23) ^A	(23) ^A	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/А. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ .
	(1) ¹	(1) ¹		(15) ^A	(15) ^A	
Стрептомицин			10			

Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	0,25 ¹	0,25 ¹	30	Note ^A	Note ^A	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/A. Изоляты, чувствительные к тетрациклину, следует оценивать как чувствительные к доксициклину. Для резистентных к тетрациклину изолятов следует определять чувствительность к доксициклину или оценить их как резистентные к доксициклину.
Тетрациклин	0,5	0,5		42	42	
Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Рифампицин	(2) ¹	(2) ¹	5	(20) ^{A,B}	(20) ^{A,B}	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1/A. Информацию по использованию пограничных значений, указанных в скобках, см. https://www.eucast.org/eucastguidancedocuments/ . B. Следует тщательно осмотреть зону подавления роста. Колонии, расположенные вблизи края зоны следует учитывать при измерении диаметра. C. Измерять диаметр зоны подавления роста следует по четкому краю зоны подавления роста. Вуалеобразный рост или рост внутри зоны подавления роста не учитывается. 2. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19. Пограничные значения представлены по триметоприму.
Триметоприм-сульфаметоксазол ²	0,125	0,125	1,25–23,75	29 ^C	29 ^C	

Таблица 2.31. *Burkholderia pseudomallei*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности значения МПК (мг/л) и диаметров зон подавления роста (мм)

Экспертные правила и природная резистентность

Руководящие документы

Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Определение МПК (метод микроразведений в бульоне в соответствии со стандартом ИСО 20776-1)

Питательная среда: катион-сбалансированный бульон Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 5×10^5 КОЕ/мл

Инкабация: Запечатанные панели, обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, подавляющая полностью видимый рост.

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, и для контроля ингибирующего компонента комбинаций бета-лактамазов с ингибиторами бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Параметры диско-диффузионного метода (стандартизированный диско-диффузионный метод EUCAST)

Питательная среда: агар Мюллера-Хинтон

Инокулюм: 0,5 по стандарту мутности МакФарланда

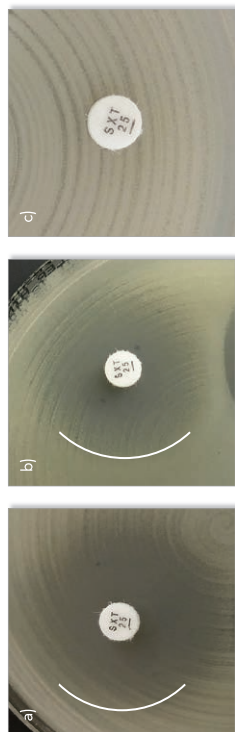
Инкабация: Обычная атмосфера, $35 \pm 1^\circ\text{C}$, 18 ± 2 ч

Учет результатов: Если не указано другое, чашку Петри помещают вверх дном на темную матовую поверхность, так чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете). При измерении зон подавления роста следует ориентироваться на зону полного подавления видимого роста. Подробную информацию см. Часть I, раздел I.

Контроль качества: *Escherichia coli* ATCC 25922. Контроль качества препаратов, не имеющих контрольных диапазонов для данного штамма, и для контроля ингибирующего компонента дисков с комбинациями бета-лактамазов с ингибиторами бета-лактамаз, см. Таблицы контроля качества (Часть I, раздел I).

Пенициллины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Применения
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Амоксициллин-клавулановая кислота	0,001 ¹	8 ¹	20–10	50	22	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. 1. Для определения чувствительности используется фиксированная концентрация клавулановой кислоты – 2 мг/л.
Цефалоспорины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Применения
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Цефтазидим	0,001	8	10	50	18	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Карбапенемы	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Применения
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Имипенем	2	2	10	29	29	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
	2	2		24	24	
Меропенем	2	2	10	24	24	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.
Тетрациклины	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Применения
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Доксициклин	0,001	2	30	Прим. ^А	Прим. ^А	Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК. Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу. А. Изоляты с отрицательным результатом скрининга оцениваются как «Чувствительные при увеличенной экспозиции» [У] к доксициклину. Изоляты с положительным результатом скрининга оцениваются как резистентные к доксициклину.
	НП	НП		23 ^А	23 ^А	
Тетрациклин (только скрининг)	НП	НП				

Другие антимикробные препараты	Пограничные значения МПК (мг/л)		Содержание в диске (мкг)	Пограничные значения диаметров зон подавления роста (мм)		Примечания
	Ч ≤	Р >		Ч ≥	Р <	
Хлорамфеникол	0,001	8	30	50	22	<p>Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.</p> <p>Буквами обозначены примечания, относящиеся к диско-диффузионному методу.</p> <p>1. Соотношение триметоприм:сульфаметоксазол – 1:19, Пограничные значения представлены по триметоприму.</p> <p>А. Внутри зоны подавления может обнаруживаться рост культуры, плотность которого может варьировать от тонкой дымки до существенного роста (см. примеры ниже). В случае выявления края зоны подавления роста любой четкости следует учесть диаметр зоны, без учета роста внутри зоны подавления.</p>
Триметоприм-сульфаметоксазол ¹	0,001	4	1,25–23,75	50 ^А	17 ^А	



Варианты зон подавления роста при определении чувствительности *Burkholderia pseudomallei* к триметоприму-сульфаметоксазолу.

а–б) Внешний край зоны может быть определен. Измерить диаметр зоны по внешнему краю и интерпретировать в соответствии с пограничными значениями.

с) Рост распространяется до самого диска. Нет признаков подавления роста. Оценивается как резистентный.

Пограничные значения для микроорганизмов, относящихся к группе *Burkholderia ceracia* complex, не установлены в связи с отсутствием точного и воспроизводимого метода определения чувствительности и техническими трудностями, связанными с данным видом, а также недостатком убедительных данных о корреляции с клиническими исходами. См. ниже.

Burkholderia ceracia complex в настоящее время включает по меньшей мере 22 близкородственных вида: *B. ambifaria* (геномовар VII), *B. anthina* (геномовар VIII), *B. arboris* (BCC3), *B. ceracia* (геномовар I), *B. cenocercacia* (геномовар III), *B. contaminans* (группа K, BBC AT), *B. diffusa* (BCC2), *B. dolosa* (геномовар VI), *B. lata* (группа K), *B. latens* (BCC1), *B. metallica* (BCC8), *B. multivorans* (геномовар II), *B. paludis*, *B. pseudomultivorans*, *B. pyrrocinia* (геномовар IX), *B. pseudomultivorans*, *B. seminalis* (BCC7), *B. stabilis* (геномовар IV), *B. stagnalis* (BCC B), *B. territorii* (BCC L), *B. ubonensis* (геномовар X), *B. vietnamiensis* (геномовар V).

Пояснение

***B. ceracia* complex (BCC)** – группа близкородственных видов бактерий, повсеместно распространенных в окружающей среде и особенно часто обнаруживаемых в почве и воде [1–4]. Имеют клиническое значение преимущественно при хронических инфекционных заболеваниях легких у пациентов с муковисцидозом, но также могут быть причиной инфекции у пациентов с иммуносупрессией, включая пациентов с хроническим гранулематозом.

Резистентность к АМП

Бактерии группы ВСС резистентны ко многим антимикробным препаратам. Отсутствие локусов для связывания на липополисахаридах (клеточной стенке) является причиной их природной резистентности к катионоактивным антимикробным препаратам, полимиксидам и аминогликозидам [5]. Изоляты ВСС также могут быть резистентны ко многим или всем доступным β-лактамным препаратам из-за сочетания таких механизмов, как снижение проницаемости и продукция индуцибельных хромосомных β-лактамаз [6–7]. Кроме природно обусловленной пониженной проницаемости внешней мембраны, описана как минимум одна система эффлюкса, которая приводит к природной резистентности к тетрациклинам, хлорамфениколу и ципрофлоксацину [9]. Возможное присутствие этих механизмов резистентности означает, что полирезистентность бактерий группы ВСС является широко распространенным явлением. Результаты одного из исследований свидетельствуют, что 50% изолятов были резистентны *in vitro* ко всем из 10 протестированных АМП, которые широко используются на практике [10].

Терапия

Результаты недавно опубликованного Кокрановского систематического обзора свидетельствуют об отсутствии достаточного количества доказательных данных для создания рекомендаций по выбору оптимальных режимов антибактериальной терапии инфекций, вызванных представителями группы *B. ceracia* complex, у пациентов с муковисцидозом. Врач должен оценивать каждого пациента индивидуально, принимая во внимание результаты

определения чувствительности выделенного изолята к АМП, полученные *in vitro*, предшествующие клинические наблюдения и свой собственный опыт [11]. К сожалению, в настоящее время нет достаточного количества доказательств взаимосвязи между результатами определения чувствительности *in vitro* ко всем специфичным АМП и клиническими исходами. Возможно, это связано с несоответствием между экспрессией механизмов резистентности *in vitro* и *in vivo* в связи с известной способностью бактерий группы ВСС к формированию биопленки *in vivo*, а также к проникновению и выживанию внутри эпителиальных клеток и макрофагов [12]. В связи с тем, что при инфекциях, вызванных бактериями группы ВСС, часто назначаются комбинации антимикробных препаратов, как при лечении смешанных инфекций, оценить корреляцию между исходом терапии и специфической активностью конкретного препарата в отношении данного возбудителя не представляется возможным.

Определение чувствительности к АМП

В настоящее время невозможно установить пограничные значения МПК для ВСС так как:

- нет оснований для установления взаимосвязи между МПК и клиническими исходами;
- бактерии группы ВСС часто обнаруживают в составе ассоциаций;
- значения МПК для клинически значимых антимикробных препаратов находятся в широком диапазоне, в том числе включающем неспецифические фармакодинамические пограничные концентрации. Поэтому значение эпидемиологической точки отсечения не может использоваться ни для выделения популяции дикого типа, ни для разграничения популяции на чувствительную и резистентную.

Выбор методологии определения чувствительности к АМП является затруднительным, так как:

- определение МПК методом микроразведений в бульоне Мюллера-Хинтона в соответствии со стандартом ИСО обеспечивает получение воспроизводимых результатов;
- определение МПК методом градиентной диффузии (E-тест) характеризуется меньшей воспроиз-

димостью по сравнению с методом микроразведений в бульоне;

- выявлена низкая корреляция между значениями МПК, полученными методом микроразведений в бульоне согласно стандарту ИСО, и диаметрами зон подавления роста, полученными при использовании методологии EUCAST (на агаре Мюллера-Хинтон) или BSAC (на агаре Изосенситест (Isosensitest)).

Рекомендации

Так как только метод микроразведений в бульоне, выполняемый в соответствии со стандартом ИСО, обеспечивает получение воспроизводимых значений МПК (метод градиентной диффузии и диско-диффузионный метод не дают воспроизводимых результатов), в настоящее время не представляется возможным рекомендовать определение чувствительности бактерий группы ВСС для выбора антимикробного препарата для терапии инфекций, вызванных данным возбудителем.

Литература

1. Coenye, T., P. Vandamme, J. R. Govan, and J. J. Lipuma. 2001. Taxonomy and identification of the *Burkholderia cepacia* complex. *J.Clin. Microbiol.* 39:3427-3436. doi:10.1128/JCM.39.10.3427-3436.2001 [doi].
2. Vanlaere, E., J. J. Lipuma, A. Baldwin, D. Henry, B. E. De, E. Mahenthiralingam, D. Speert, C. Dowson, and P. Vandamme. 2008. *Burkholderia latens* sp. nov., *Burkholderia diffusa* sp. nov., *Burkholderia arboris* sp. nov., *Burkholderia seminalis* sp. nov. and *Burkholderia metallica* sp. nov., novel species within the *Burkholderia cepacia* complex. *Int.J.Syst.Evol.Microbiol.* 58:1580-1590. doi:58/7/1580 [pii]; 10.1099/ijs.0.65634-0 [doi].
3. Vanlaere, E., A. Baldwin, D. Gevers, D. Henry, B. E. De, J. J. Lipuma, E. Mahenthiralingam, D. P. Speert, C. Dowson, and P. Vandamme. 2009. Taxon K, Taxon K, a complex within the *Burkholderia cepacia* complex, comprises at least two novel species, *Burkholderia contaminans* sp. nov. and *Burkholderia lata* sp. nov. *Int.J.Syst.Evol.Microbiol.* 59:102-111. doi:59/1/102 [pii]; 10.1099/ijs.0.001123-0 [doi].
4. Mahenthiralingam, E., A. Baldwin, and C. G. Dowson. 2008. *Burkholderia cepacia* complex bacteria: opportunistic pathogens with important natural biology. *J.Appl.Microbiol.* 104:1539-1551. doi:JAM3706 [pii]; 10.1111/j.1365-2672.2007.03706.x [doi].
5. Cox, A. D. and S. G. Wilkinson. 1991. Ionizing groups in lipopolysaccharides of *Pseudomonas cepacia* in relation to antibiotic resistance. *Mol.Microbiol.* 5:641-646.
6. Poirel, L., J. M. Rodriguez-Martinez, P. Plesiat, and P. Nordmann. 2009. Naturally occurring Class A ss-lactamases from the *Burkholderia cepacia* complex. *Antimicrob.Agents Chemother.* 53:876-882. doi:AAC.00946-08 [pii]; 10.1128/AAC.00946-08 [doi].
7. Papp-Wallace, K. M., M. A. Taracila, J. A. Gatta, N. Ohuchi, R. A. Bonomo, and M. Nukaga. 2013. Insights into beta-Lactamases from *Burkholderia* spp., Two Phylogenetically Related Yet Distinct Resistance Determinants. *J.Biol.Chem.* doi:M113.458315 [pii]; 10.1074/jbc.M113.458315 [doi].
8. Hancock, R. E. 1998. Resistance mechanisms in *Pseudomonas aeruginosa* and other nonfermentative gram-negative bacteria. *Clin.Infect.Dis.* 27 Suppl 1:S93-S99.
9. Burns, J. L., C. D. Wadsworth, J. J. Barry, and C. P. Goodall. 1996. Nucleotide sequence analysis of a gene from *Burkholderia* (*Pseudomonas*) *cepacia* encoding an outer membrane lipoprotein involved in multiple antibiotic resistance. *Antimicrob.Agents Chemother.* 40:307-313.
10. Aaron, S. D., W. Ferris, D. A. Henry, D. P. Speert, and N. E. Macdonald. 2000. Multiple combination bactericidal antibiotic testing for patients with cystic fibrosis infected with *Burkholderia cepacia*. *Am.J.Respir.Crit Care Med.* 161:1206-1212.
11. Horsley, A. and A. M. Jones. 2012. Antibiotic treatment for *Burkholderia cepacia* complex in people with cystic fibrosis experiencing a pulmonary exacerbation. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 10:CD009529. doi:10.1002/14651858.CD009529.pub2 [doi].
12. Sajjan, U. S., J. H. Yang, M. B. Hershenson, and J. J. Lipuma. 2006. Intracellular trafficking and replication of *Burkholderia cenocepacia* in human cystic fibrosis airway epithelial cells. *Cell Microbiol.* 8:1456-1466. doi:CMI724 [pii]; 10.1111/j.1462-5822.2006.00724.x [doi].

Таблица 2.33. *Legionella pneumophila*

Экспертные правила и природная резистентность

Пограничные значения для *Legionella pneumophila* не установлены, так как не определен референтный метод для определения чувствительности и отсутствуют данные о связи между клиническими исходами и результатами определения чувствительности. См. рекомендации EUCAST по определению чувствительности *Legionella pneumophila*.

Таблица 2.34. *Mycobacterium tuberculosis*. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности: пограничные значения МПК (мг/л)

Экспертные правила и природная резистентность Руководящие документы Объяснения по пограничным значениям и аббревиатуры – см. лист Пояснения

Приведенные пограничные значения были установлены параллельно с регистрацией в ЕМА. Пограничные значения для других препаратов пока не установлены. Для лечения инфекций, вызванных *M. tuberculosis*, всегда используются два и более antimicrobных препарата.

Определение МПК методом микроразведений в бульоне в соответствии с референтным методом EUCAST для *Mycobacterium tuberculosis complex*

Питательная среда: Мидделбурка 7Н9 с добавлением 10% ростовой добавки OADC в полистероловых планшетах

Инокулюм: 1×10^5 КОЕ/мл

Инкубация: Запечатанные планшеты с пластиковой крышкой, обычная атмосфера, $36 \pm 1^\circ\text{C}$, 7–21 дней

Учет результатов: При первом появлении видимого роста (на 7, 14 или 21 день) в лунке 1% контроля роста; МПК учитывается как наименьшая концентрация препарата, полностью подавляющая видимый рост

Контроль качества: *Mycobacterium tuberculosis* H37Rv ATCC 27294

Mycobacterium tuberculosis complex включает различные виды и варианты, такие как *M. tuberculosis var. tuberculosis*, *M. tuberculosis var. africanum* и *M. tuberculosis var. bovis*. Пограничные значения установлены только для *M. tuberculosis var. tuberculosis*.

	Пограничные значения МПК (мг/л)			Примечания Цифрами обозначены примечания, относящиеся к общим комментариям и/или пограничным значениям МПК.
	Ч ≤	Р >	ЗТН	
Бедаквилин	0,25 ¹	0,25 ¹		<p>1. Пограничные значения для бедаквилина были установлены с использованием референтного метода EUCAST.</p> <p>2. Для деламанида и претоманида пограничные значения с использованием референтного метода EUCAST не установлены. Приведенные значения являются предварительными и могут быть изменены в соответствии с результатами последующих исследований референтным методом определения МПК EUCAST.</p> <p>3. Предварительные пограничные значения установлены в соответствии данными МПК, полученными методом разведений в агаре и методом пропорций в агаре.</p> <p>4. Предварительно для определения чувствительности с помощью MGIT (Becton Dickinson) рекомендуется использовать скрининговое значение МПК ≤ 2 мг/л.</p>
Деламанид	0,06 ^{2,3}	0,06 ^{2,3}		
Претоманид	Прим. ^{2,4}	Прим. ^{2,4}		

Таблица 2.35. Топические антимикробные препараты. Скрининговые значения точек отсечения для выявления фенотипической резистентности

Ввиду отсутствия клинических данных о зависимости исходов инфекции от МПК возбудителя EUCAST не имеет возможности определить значимые клинические пограничные значения для топического применения антимикробных препаратов. В лаборатории возможно использование как стандартных пограничных значений, так и значений точек отсечения, позволяющих разграничить микроорганизмы, обладающие и не обладающие приобретенными механизмами резистентности (см. Руководящий документ EUCAST). При сообщении результата о чувствительности изолята к антимикробному препарату для топического применения в отчет необходимо внести пояснение, о том, что данный результат применим только при топическом назначении препарата.

Микроорганизм	Скрининговые значения точек отсечения для выявления фенотипической резистентности. Оцените изолят как резистентный (R), если МПК больше или диаметр зоны подавления роста меньше значения точки отсечения. В другом случае оцените изолят как чувствительный (Ч)	Гентамицин	Тобрамицин	Пефлоксацин ¹	Норфлоксацин ¹	Надиксовая кислота (только скрининг) ¹	Ципрофлоксацин	Левопфлоксацин	Офлоксацин	Хлорамфеникол	Колести В (для полимиксина В)	Фузидовая кислота	Неомицин (фрамецитин)	Вацитрацин	Мулироцин	Ретапамулин
		10	10	5	10	30	5	5	5	5	30	-	10	10	-	200
<i>Enterobacterales</i>	Содержание в диске (мкг)	10	10	5	10	30	5	5	5	30	-	10	10	-	200	-
	МПК (мг/л)	2	2				0,125	0,25	0,25	16	2		8			
<i>P. aeruginosa</i>	Диаметр зоны (мм)	17	16	24			Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	17		12				
	МПК (мг/л)	8	2				0,5	2	2		4					
<i>Acinetobacter spp.</i>	Диаметр зоны (мм)	15	18				26	18								
	МПК (мг/л)	4	4				1	0,5	1		2					
<i>S. aureus</i>	Диаметр зоны (мм)	17	17				21	23							1 ²	0,5
	МПК (мг/л)	2	2				2	1	1	16		0,5	1		30 ²	
<i>S. pneumoniae</i>	Диаметр зоны (мм)	18	18		17		Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	18		23	14			
	МПК (мг/л)						4	2	4	8						
<i>Streptococcus A, B, C и G</i>	Диаметр зоны (мм)				10		Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	21						
	МПК (мг/л)						2	2	4	8		32			0,5	0,125
<i>H. influenzae</i>	Диаметр зоны (мм)	4	8		12		Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	21						
	МПК (мг/л)						0,06	0,06	0,06	2						
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Диаметр зоны (мм)				23		Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	28						
	МПК (мг/л)				-		0,125	0,125	0,25	2						
	Диаметр зоны (мм)				23		Прим. ¹	Прим. ¹	Прим. ¹	31						

Примечание

1. Препарат, используемый для скрининга с целью выявления резистентности к фторхинолонам (для *Enterobacterales* - пefлоксацин, для грамположительных бактерий – норфлоксацин, для *H. influenzae* и *M. catarrhalis* – надиксовая кислота).
2. Пограничные значения для назальной деконтаминации Ч ≤ 1, Р > 1 мг/л (для диско-диффузионного метода, диск с мулироцином, 200 мкг Ч ≥ 30, Р < 30 мм). Для краткосрочной супрессии (обычно используемой периоперационно) можно использовать следующие пограничные значения: S ≤ 256, R > 256 мг/л (для диско-диффузионного метода S ≥ 18, R < 18 мм).

Таблица 2.36. ФК/ФД (невидоспецифические) пограничные значения

Фармакокинетические и фармакодинамические (ФК/ФД) параметры являются важными, но не единственными инструментами в процессе установления и пересмотра клинических пограничных значений. Целевые ФК/ФД параметры часто определяются с участием ограниченного числа видов. Выбор целевых клинических ФК/ФД параметров в большой степени зависит от целевой популяции пациентов. Пациентам, находящимся в критических состояниях, и иммунокомпрометированным пациентам обычно требуется более высокая экспозиция антимикробного препарата, поэтому целевые ФК/ФД параметры должны быть выше. В связи с недостатком данных о клинических целевых ФК/ФД параметрах часто используются доклинические данные: полученные *in vitro* и на основе изучения животных моделей. Эти модели не всегда подтверждаются клиническими данными. Кроме того, в качестве животных моделей обычно используются модели инфекций бедра и легких у мышей с нейтропенией, которые могут не иметь ценности для всех типов инфекций. Различные ФК/ФД целевые параметры могут быть определены в зависимости от i) вида, ii) уровня эффекта (статический, снижение количества клеток на 1–3 порядка, предотвращение развития резистентности), и iii) в связи с вариациями ФК/ФД целевых параметров между различными штаммами в пределах одного вида.

Более того, смоделированные фармакокинетические данные (здоровые добровольцы vs. пациенты, различные популяции пациентов с почечной/печеночной недостаточностью разной степени, уровень белков плазмы и другие важные ковариации) будут играть существенную роль в определении ФК/ФД точек отсечения. Пациенты в критических состояниях характеризуются более широкими вариациями ФК по сравнению с другими группами пациентов. Обычно расчеты основаны на свободной концентрации в плазме или жидкости, выстилающей альвеолы, которая предположительно коррелирует с концентрацией в очаге инфекции. Индивидуальные вариации связывания белками также могут оказывать влияние на фармакодинамически значимую экспозицию препарата. И, наконец, ФК/ФД точки отсечения могут быть рассчитаны с разными уровнями вероятности достижения целевых параметров (99%, 95% или 90%). Все эти факторы могут иметь результатом разные ФК/ФД значения точек отсечения, которые охватывают несколько двукратных разведений.

Распространенным заблуждением является положение о том, что ФК/ФД точки отсечения могут быть использованы при отсутствии клинических пограничных значений. ФК/ФД пограничные значения никогда не должны использоваться для видов, перечисленных в данном документе (предшествующих таблицах) и не имеющих пограничных значений для ряда антимикробных препаратов.

Что делать, если в таблицах пограничных значений нет пограничных значений?

Пограничные значения, позволяющие дифференцировать микроорганизмы по категориям чувствительности Ч, У или Р, никогда не будут установлены для всех видов/групп видов микроорганизмов и антибиотиков. Кроме того, в рекомендациях всегда будут присутствовать комбинации видов микроорганизмов и антибиотиков, для которых присутствует знак «-», позволяющий оценить микроорганизм как «резистентный» без проведения исследования.

В таких случаях возможны следующие варианты действий в лаборатории.

1. Провести идентификацию выделенного микроорганизма до уровня вида. Оценить его клиническое значение на основании видовой идентификации, типа исследуемого биоматериала, количества в образце (является ли он доминирующим в образце), присутствия в других образцах биоматериала пациента. Не все культивированные (выросшие) микроорганизмы имеют клиническое значение. Далеко не во всех случаях вид микроорганизмов, который удалось идентифицировать недавно, является важным или актуальным. При обнаружении смешанных культур клиническое значение микроорганизмов всегда должно подвергаться сомнению.

2. Если принято решение о клиническом значении микроорганизма и необходимости определения его чувствительности к антибиотикам, следует проверить наличие рекомендаций по условиям тестирования и пограничных значений для оценки результатов для соответствующего вида в Таблицах пограничных значений.

3. При отсутствии рекомендаций (количественных пограничных значений или прочерка «-») решение о методе, условиях тестирования и перечне антибиотиков следует принимать с учетом видовой принадлежности, ростовых свойств выделенного микроорганизма и литературных данных.

4. Необходимо проверить наличие на веб-сайте EUCAST (<https://mic.eucast.org/>) распределения МПК для штаммов «дикого» типа, эпидемиологических точек отсечения (ECOFF) или предварительных ECOFF для данного вида, а также наличие каких-либо фенотипически обнаруживаемых механизмов приобретенной резистентности.

- Если изолят не принадлежит к «дикому» типу – в отчет следует включить комментарий о том, что препарат не должен использоваться для терапии;
- Если изолят принадлежит к «дикому» типу – нельзя делать заключение о чувствительности изолята; в этом случае – см. далее;
- Если невозможно определить принадлежность изолята к «дикому» или «недикому» типу см. далее.

Если в Таблицах нет количественных пограничных значений:

- «-» (прочерк) вместо количественного значения: микроорганизм следует оценить как «резистентный» без проведения исследования;
- «НД» вместо количественного значения: для дальнейшей оценки ситуации см. данные Рекомендации

Если в Таблицах нет антимикробного препарата:

- Пограничные значения для новых препаратов будут устанавливаться и включаться в рекомендации по мере получения одобрения на маркетинг от регулирующих инстанций.
- Пограничные значения для некоторых старых препаратов могут быть установлены при возникновении обоснованной необходимости их клинического применения (как это произошло с колистином, нитроксилином и темотрином). Для других старых препаратов, которые были заменены более современными препаратами с явными преимуществами (более высокая активность, улучшенная фармако-

кинетика или сниженная токсичность), возможно, никогда больше не будут устанавливаться пограничные значения. Вероятно, это относится к аминогликозиду канамицину, хинолону спарфлоксацину, макролиду джозамицину и некоторым цефалоспорином.

Если в Таблицах нет вида микроорганизма:

- Пограничные значения для редких видов/групп видов не установлены и возможно никогда не будут установлены. Это будет зависеть от предполагаемой необходимости, частоты выделения и значимости при исследовании клинических образцов.

Литературные данные. Данные литературы могут помочь определить:

- 1) клиническое значение представителей вида в различных ситуациях,
- 2) какие антимикробные препараты могут обладать активностью и к каким следует определить чувствительность,
- 3) ростовые характеристики микроорганизма.

МПК – основа для любой оценки. При отсутствии пограничных значений оценку активности антимикробного препарата можно проводить только в тех случаях, когда можно достоверно определить значение МПК. Для определения МПК следует использовать референтные или надежные модифицированные методы.

- Метод разведений в бульоне с использованием бульона МХ или МХ-П в зависимости от исследуемых видов – референтный метод для аэробных бактерий.
- Метод разведений в агаре с использованием агара для прихотливых анаэробных бактерий (FAA-HB) – референтный метод для анаэробных бактерий.
- Градиентный метод используется в соответствии с рекомендациями производителей. Этот метод можно использовать только при условии его валидации для вида и антибиотика производителем или пользователем с обязательным одновременным выполнением процедур контроля качества. Градиентный метод, разработанный и валидированный для одного вида, не может автоматически признаваться надежным для другого.
- Диффузионный метод нельзя использовать, так как значение диаметра зоны подавления роста будет зависеть от заранее установленной корреляции между значениями диаметров зоны и МПК.

При отсутствии видоспецифических пограничных значений, не следует включать в отчет клиническую категорию чувствительности, особенно Ч и У. Отчет должен быть сформулирован в виде рекомендаций (см. далее). Количественные значения в таблицах являются слабым основанием для прогнозирования эффективности терапии; они определены на основании осторожной оценки существующих видоспецифических пограничных значений, перечисленных в стандартных таблицах, распределений МПК для данных видов и их связи с известными ФК/ФД параметрами для различных антимикробных препаратов.

Сообщение результатов, когда нет пограничных значений

Общее требование: если нет видоспецифических пограничных значений, не следует включать в отчет категорию чувствительности (Ч, У, Р). В таких случаях рекомендуется использовать другие стратегии в зависимости от результатов тестирования и их анализа.

Примеры альтернативных вариантов формулировки результатов

1. Нет возможности определить МПК:

В отчет включить комментарий: «Невозможно определить МПК и оценить чувствительность».

2. МПК определить возможно:

a. Использование данного препарата не рекомендуется.

В отчет включить комментарий (в очевидных случаях можно оценить как Р):

«Формальная оценка по категориям чувствительности невозможна. При данном значении МПК использовать препарат не рекомендуется».

При необходимости можно включить в ответ значение МПК.

b. Результаты исследования позволяют предположить возможность использования данного препарата.

В отчет включить комментарий: *«Формальная оценка чувствительности невозможна. При данном значении МПК назначение данного препарата может быть рассмотрено с осторожностью».*

При необходимости можно включить в ответ значение МПК.

В таблицах 2.36.1 и 2.36.2 представлены значения МПК антимикробных препаратов для аэробных (табл. 2.36.1) и анаэробных (табл. 2.36.2) бактерий, не имеющих видоспецифических пограничных значений в стандартных таблицах.

Рекомендации по использованию таблиц для оценки активности антимикробных препаратов при отсутствии пограничных значений :

Определить МПК.

Для оценки микробиологической активности препарата в отношении данного микроорганизма сравнить полученное значение МПК с количественным значением в таблице.

Если значение МПК больше указанного в таблице – следует исключить назначение данного препарата.

Если значение МПК меньше или равно значения, указанного в таблице – можно рассмотреть возможность назначения препарата.

Нельзя оценивать изолят как Ч, У, Р; в отчет следует включить комментарий о необходимости исключить назначения или возможности использования данного препарата для терапии.

Предлагаемые значения основаны на:

1) компромиссе между установленными видоспецифическими пограничными значениями EUCAST (Ч или У), уже представленными в таблицах,

2) распределениями МПК у микроорганизмов «дикого типа» при наличии информации,

3) пограничными ФК/ФД значениями.

Таблица 2.36.1 Оценка активности antimicrobных препаратов в отношении аэробных бактерий для видов, не имеющих пограничных значений в стандартных таблицах

Antimicrobные препараты (для аэробных бактерий)	МПК, мг/л*		Примечание
	Грам-положительные бактерии	Грам-отрицательные бактерии	
Бензилпенициллин	0,25	0,5	Если обнаружена продукция бета-лактамазы, оценить как Р без дальнейшего исследования
Ампициллин, амоксициллин, ампициллин-сульбактам, амоксициллин-клавулановая кислота (только в/в)	0,5	8	Пограничное значение 8 мг/л – применимо только для в/в использования высокой дозы. Если обнаружена продукция бета-лактамаз, пограничное значение применимо только для амоксициллина-клавулановой кислоты и ампициллина-сульбактама.
Пиперациллин-тазобактам	1	8	Видоспецифические пограничные значения для грамположительных микроорганизмов 0,25–1 мг/л, для грамотрицательных – 8–16 мг/л
Цефидерокол	-	2	Пограничное значение для резистентных изолятов <i>Pseudomonas</i> и других неферментирующих бактерий
Цефотаксим	0,5	0,5	Цефотаксим и цефтриаксон – резистентность к любому из препаратов означает резистентность к обоим
Цефтриаксон	0,5	0,5	
Цефтазидим	-	4	Пограничное значение для резистентных изолятов <i>Enterobacterales</i>
Имипенем	2	2	Видоспецифические пограничные значения для многих видов – 2 мг/л
Меропенем	2	2	Видоспецифические пограничные значения – 0,25 – 2 мг/л
Ципрофлоксацин	0,25	0,25	Видоспецифические пограничные значения – 0,25 – 1 мг/л
Левифлоксацин	0,5	0,5	Видоспецифические пограничные значения – 0,25 – 1 мг/л
Моксифлоксацин	0,25	0,25	Видоспецифические пограничные значения – 0,125 – 0,5 мг/л
Клиндамицин	0,5	НП	Видоспецифические пограничные значения – 0,25 – 0,5 мг/л
Тетрациклин (определить чувствительность к тетрациклину, в отчет включить доксициклин, миноциклин)	2	2 (кроме <i>Enterobacterales</i>)	Видоспецифические пограничные значения тетрациклина (как индикаторного препарата для тетрациклина, доксициклина и миноциклина) – 0,5 – 2 мг/л
Триметоприм-сульфаметоксазол	1	1	Видоспецифические пограничные значения – 0,5 – 2 мг/л
Тигециклин	0,5	НП	Видоспецифические пограничные значения – 0,125 – 0,5 мг/л
Рифампицин	0,125	НП	Видоспецифические пограничные значения – 0,06 – 0,125 мг/л
Линезолид	2	НП	Видоспецифические пограничные значения – 2 – 4 мг/л
Ванкомицин	2	НП	Видоспецифические пограничные значения – 2 мг/л
Далбаванцин	0,125	НП	Видоспецифические пограничные значения – 0,125 мг/л
Даптомицин	1	НП	Видоспецифические пограничные значения – 1 мг/л

* Если значение МПК исследуемого изолята выше указанного значения, назначение препарата должно быть исключено.

Таблица 2.36.2 Оценка активности antimicrobных препаратов в отношении анаэробных бактерий для видов, не имеющих пограничных значений в стандартных таблицах

Antimicrobные препараты для анаэробных бактерий	МПК, мг/л*	Примечание
Бензилпенициллин	0,5	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,06–0,5 мг/л. Если обнаружена продукция бета-лактамаз, оцените как Резистентный без дальнейшего исследования.
Амоксициллин	0,5	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,25–0,5 мг/л. Если обнаружена продукция бета-лактамаз, оцените как Резистентный без дальнейшего исследования.
Амоксициллин-клавулановая кислота	0,5	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,25–0,5 мг/л
Ампициллин-сульбактам	0,5	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,25–0,5 мг/л
Пиперациллин-тазобактам	2	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,5–2 мг/л
Меропенем	1	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,03–1 мг/л
Имипенем	1	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,03–1 мг/л
Эртапенем	0,25	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,06–0,5 мг/л
Клиндамицин	0,5	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,25 мг/л
Метронидазол	4	Пограничные значения для анаэробных бактерий в таблицах – 0,5–4 мг/л
Ванкомицин (для грамположительных)	2	Только для некоторых грамположительных анаэробных бактерий. Для целевых видов пограничные значения – 2 мг/л
Рифампицин (для грамположительных)	0,125	Видоспецифические пограничные значения для представленных в таблицах видов – 0,06–0,125 мг/л
Линезолид (смешанные инфекции)	Ва	Линезолид используется для терапии смешанных инфекций с участием анаэробных бактерий, но не для целенаправленной терапии анаэробных инфекций
Моксифлоксацин (смешанные инфекции)	Ва	Моксифлоксацин используется для терапии смешанных инфекций с участием анаэробных бактерий, но не для целенаправленной терапии анаэробных инфекций

* Если значение МПК выше указанного значения, назначение препарата должно быть исключено.

Пограничные значения МПК и диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности бактерий к антибиотикам

Раздел 3. Экспертные правила оценки чувствительности бактерий к антибиотикам

1. ВВЕДЕНИЕ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Экспертные правила оценки чувствительности бактерий к антибиотикам описывают действия, необходимые для получения корректных результатов определения чувствительности в лаборатории. Ввиду возрастающей сложности механизмов антибиотикорезистентности у бактерий, повсеместного распространения резистентности и ее клинических последствий, для интерпретации результатов исследования необходимы специальные знания. Экспертные правила составляются с учетом действующих клинических пограничных значений МПК и имеющихся сведений о механизмах резистентности. При изменении пограничных значений и описании новых механизмов резистентности правило(а) может потерять актуальность или потребовать модификации. Кроме того, применение экспертных правил является частью системы гарантии качества исследования, так как способствуют своевременному выявлению неправильных или маловероятных результатов. Настоящие правила полностью соответствуют экспертным правилам оценки чувствительности к антибиотикам, разработанным EUCAST, и состоят из трех разделов: ожидаемые фенотипы резистентности (ожидаемая резистентность), ожидаемые фенотипы чувствительности (ожидаемая чувствительность) и, собственно, правила интерпретации полученных результатов.

1.1. Ожидаемые фенотипы

Ожидаемые фенотипы представлены в виде таблиц – «Ожидаемые фенотипы резистентности» (п. 1.2.) и «Ожидаемые фенотипы чувствительности» (п. 1.3). Данную информацию следует использовать в качестве инструмента валидации видовой идентификации и/или результатов определения чувствительности, а также предупреждения необоснованных исследований по оценке чувствительности (без необходимости). Получение результата, несоответствующего ожидаемому фенотипу, свидетельствует о необходимости проверки видовой идентификации и/или результата определения чувствительности.

В таблицы «Ожидаемые фенотипы» включены только те виды микроорганизмов, подавляющее большинство изолятов которых являются резистентными (ожидаемый фенотип резистентности) или чувствительными (ожидаемый фенотип чувствительности) к антимикробному препарату (или группе препаратов).

1.2. Ожидаемые фенотипы резистентности (ожидаемая резистентность)

(Ранее – природная резистентность).

Если изоляты вида или группы видов являются универсально резистентными к антимикробному препарату (> 90% всех изолятов независимо от источника выделения проявляют характерный механизм резистентности или имеют значение МПК больше ФК/ФД пограничного значения, указанного в таблицах EUCAST), результат «чувствительный» следует оценить с осторожностью (см. Таблицы 3.1–3.5). Выполнять определение чувствительности не рекомендуется. Если исследование проводилось, не следует включать результат в отчет. При необходимости сообщения результата, изолят следует оценить как «резистентный» без проведения исследования. Лечащим врачам следует рекомендовать отказаться от назначения препарата в отношении возбудителя данного вида. Для всех комбинаций микроорганизм-антибиотик, указанных в таблицах, любой результат, кроме «резистентный» является необычным (неожидаемым).

1.3. Ожидаемый фенотип чувствительности (ожидаемая чувствительность)

Если известно, что изоляты вида или группы видов являются универсально чувствительными (> 99% всех изолятов независимо от источника выделения не проявляют механизмов резистентности, имеющих клиническое значение, и/или значение МПК воспроизводимо ниже ФК/ФД пограничного значения, указанного в таблицах EUCAST), результат «резистентный» следует оценить с осторожностью. Если исследование по оценке чувствительности проводилось, неожиданный результат исследования свидетельствует об ошибках видовой идентификации и/или определения чувствительности. Такой результат должен быть подтвержден альтернативным методом. Результат «резистентный» вероятно будет являться следствием приобретенной резистентности, должен быть подтвержден референтным методом и, желательно, геномным секвенированием.

Примечание. В таблицах 3.1–3.5 «Р» – ожидаемая резистентность (см. определение выше).

1.4. Экспертные правила

Экспертные правила представляют собой в определенной степени рекомендации по выбору антимикробной терапии, чаще всего указывающие на ситуации, когда следует избегать применения антимикробных препаратов, которые могут привести к клинической неэффективности. Кроме того, экспертные правила предлагают рекомендации по выбору возможных действий в ситуациях, которые в настоящее время являются спорными или нерешенными (Табл. 3.9–3.18).

2. ОЖИДАЕМАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Таблица 3.1. Ожидаемый фенотип резистентности (чувствительность не ожидается) *Enterobacterales* и *Aeromonas* spp. Кроме антибиотиков, указанных в таблице, *Enterobacterales* и *Aeromonas* spp. также характеризуются ожидаемой резистентностью к бензилпенициллину, гликопептидам, липогликопептидам, фузидовой кислоте и макролидам (с некоторыми исключениями¹), линкозамидам, стрептограмминам, рифампицину и оксазолидинонам

№ правила	Микроорганизм	Ампициллин	Амоксициллин-клавулановая кислота	Ампициллин-сульбактам	Тикарциллин	Цефазолин, цефалотин, цефалексин, цефадроксил	Цефокситин ²	Цефуроксим	Тетрациклин	Тигециклин	Полимиксин В, колистин	Фосфомидин	Нитрофурантоин
1.1	<i>Citrobacter koseri</i> , <i>Citrobacter amalonaticus</i> ³	P			P								
1.2	<i>Citrobacter freundii</i> ⁴	P	P	P		P	P						
1.3	<i>Enterobacter cloacae</i> complex	P	P	P		P	P						
1.4	<i>Escherichia hermannii</i>	P			P								
1.5	<i>Hafnia alvei</i>	P	P								P		
1.6	<i>Klebsiella aerogenes</i>	P	P	P		P	P						
1.7	<i>Klebsiella pneumoniae</i> complex	P			P								
1.8	<i>Klebsiella oxytoca</i>	P			P								
1.9	<i>Leclercia ascorbata</i>											P	
1.10	<i>Morganella morganii</i>	P	P	P		P			P		P		P
1.11	<i>Plesiomonas shigelloides</i>	P	P	P									
1.12	<i>Proteus mirabilis</i>								P		P		P
1.13	<i>Proteus penneri</i>	P				P		P	P		P		P
1.14	<i>Proteus vulgaris</i>	P				P		P	P		P		P
1.15	<i>Providencia rettgeri</i>	P	P	P		P			P		P		P
1.16	<i>Providencia stuartii</i>	P	P	P		P			P		P		P
1.17	<i>Raoultella</i> spp.	P			P								
1.18	<i>Serratia marcescens</i>	P	P	P		P	P	P			P		P
1.19	<i>Yersinia enterocolitica</i>	P	P	P	P	P	P						
1.20	<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>										P		
1.21	<i>Aeromonas hydrophila</i>	P		P									
1.22	<i>Aeromonas veronii</i>	P		P	P								
1.23	<i>Aeromonas dhakensis</i>	P		P			P						
1.24	<i>Aeromonas caviae</i>	P		P									
1.25	<i>Aeromonas jandaei</i>	P		P	P								

¹ Азитромицин эффективен *in vivo* для лечения брюшного тифа/паратифов; эритромицин может использоваться для лечения диареи путешественников.

² Клинические пограничные значения для цефокситина не установлены. Природно резистентные к цефокситину роды порядка *Enterobacterales* продуцируют хромосомную индуцибельную AmpC β-лактамазу (AmpC), что обуславливает более высокие МПК по сравнению с другими родами *Enterobacterales*, для которых продукция этого фермента не характерна.

³ То же для *Citrobacter sedlakii*, *Citrobacter farmeri* и *Citrobacter rodentium*.

⁴ То же для *Citrobacter braakii*, *Citrobacter murliniae*, *Citrobacter werkmanii* и *Citrobacter youngae*.

Таблица 3.2. Ожидаемый фенотип резистентности (чувствительность не ожидается) грамотрицательных неферментирующих бактерий. Кроме антибиотиков, указанных в таблице, грамотрицательные неферментирующие бактерии обладают природной резистентностью к бензилпенициллину, цефалоспорином первого и второго поколений, гликопептидам, липогликопептидам, фузидовой кислоте, макролидам, линкозамидам, стрептограминам, рифампицину, и оксазолидинонам

№ правила	Микроорганизм	Ампициллин/Амоксициллин		Амоксициллин-клавулановая кислота	Ампициллин-сульбактам	Тикарциллин	Тикарциллин-клавулановая кислота	Пиперациллин	Пиперациллин-тазобактам	Цефотаксим, цефтриаксон	Цефтазидим	Цефепим	Азтреонам	Эртапенем	Имипенем	Меропенем	Ципрофлоксацин	Хлорамфеникол	Аминогликозиды	Триметоприм	Фосфомицин	Тетрациклин	Тигециклин	Полимиксин В/Колистин
		Р	Р																					
2.1	<i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Acinetobacter pittii</i> , <i>Acinetobacter nosocomialis</i>	Р	Р	Прим. ¹					Р				Р	Р						Р	Р	Р ²	Прим. ²	
2.2	<i>Achromobacter xylosoxydans</i>	Р							Р				Р	Р										
2.3	<i>Burkholderia cepacia</i> complex ³	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р				Р	Р			Р	Р	Р ⁴	Р	Р			Р
2.4	<i>Elizabethkingia meningoseptica</i>	Р	Р	Р	Р	Р			Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р								Р
2.5	<i>Elizabethkingia anophelis</i>	Р	Р	Р	Р	Р			Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р								
2.6	<i>Ochrobactrum anthropi</i>	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р										
2.7	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Р	Р	Р					Р					Р				Р	Прим. ⁵	Р		Р	Р	
2.8	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	Р	Р	Р	Р		Р	Р	Р				Р	Р	Р	Р			Р ⁴	Р ⁶	Р	Р ⁷		
2.9	<i>Chryseobacterium</i> spp.	Р	Р	Р	Р	Р			Р	Р			Р	Р	Р	Р			Р					Р

¹ *Acinetobacter baumannii* может проявлять чувствительность к ампициллину-сульбактаму за счет активности сульбактама в отношении этого вида микроорганизмов.

² Представители рода *Acinetobacter* характеризуются природной резистентностью к тетрациклину и доксициклину, но не миноциклину и тигециклину.

³ *Burkholderia cepacia* complex включает различные виды. Некоторые штаммы могут проявлять чувствительность к отдельным β-лактамным антибиотикам *in vitro*, но являются резистентными к ним клинически.

⁴ *Burkholderia cepacia* и *Stenotrophomonas maltophilia* обладают природной устойчивостью ко всем аминогликозидам вследствие низкой проницаемости мембраны и развитой системы эффлюкса. Кроме того, большинство изолятов *Stenotrophomonas maltophilia* продуцируют фермент AAC(6)-Iz.

⁵ *Pseudomonas aeruginosa* характеризуется природной резистентностью к канамицину и неомицину, что обусловлено активностью фермента APH(3')-IIb низкого уровня.

⁶ Представители вида *Stenotrophomonas maltophilia* обычно чувствительны к триметоприму-сульфаметаксозолу, но резистентны к триметоприму.

⁷ *Stenotrophomonas maltophilia* характеризуется природной резистентностью к тетрациклину, но не доксициклину, миноциклину и тигециклину.

Таблица 3.3. Ожидаемый фенотип резистентности (чувствительность не ожидается) других грамотрицательных бактерий (не относящихся к порядку *Enterobacterales* и грамотрицательным неферментирующим бактериям). Кроме антибиотиков, перечисленных в таблице, другие грамотрицательные бактерии, не относящиеся к порядку *Enterobacterales* и грамотрицательным неферментирующим бактериям, обладают ожидаемым фенотипом резистентности к гликопептидам, липогликопептидам, линкозамидам и оксазолидинонам

№ правила	Микроорганизм	Фузидовая кислота	Стрептограмины	Триметоприм	Налидиксовая кислота
3.1	<i>Haemophilus influenzae</i>	Р	Р		
3.2	<i>Moraxella catarrhalis</i>			Р	
3.3	<i>Neisseria</i> spp.			Р	
3.4	<i>Campylobacter fetus</i>	Р	Р	Р	Р
3.5	<i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Campylobacter coli</i>	Р	Р	Р	

Таблица 3.4. Ожидаемый фенотип резистентности (чувствительность не ожидается) грамположительных бактерий. Кроме антибиотиков, перечисленных в таблице, грамположительные бактерии обладают ожидаемым фенотипом резистентности к азтреонаму, темоциллину, полимиксину В/колистину и налидиксовой кислоте

№ правила	Микроорганизм	Фузидовая кислота	Цефтазидим	Цефалоспорины (кроме цефтазида)	Аминогликозиды	Макролиды	Клиндамицин	Хинупристин-далфопристин	Ванкомицин	Тейкопланин	Фосфомицин	Новобиоцин	Сульфаниламиды
4.1	<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	P	P								P	P	
4.2	<i>Staphylococcus cohnii</i>		P									P	
4.3	<i>Staphylococcus xylosus</i>		P									P	
4.4	<i>Staphylococcus capitis</i>		P								P		
4.5	Другие коагулазонегативные стафилококки и <i>Staphylococcus aureus</i>		P										
4.6	<i>Streptococcus</i> spp.	P	P		P ¹								
4.7	<i>Enterococcus faecalis</i>	P	P	P	P ¹	P	P	P					P
4.8	<i>Enterococcus gallinarum</i> , <i>Enterococcus casseliflavus</i>	P	P	P	P ¹	P	P	P	P				P
4.9	<i>Enterococcus faecium</i>	P	P	P	P ^{1,2}	P							P
4.10	<i>Corynebacterium</i> spp.										P		
4.11	<i>Listeria monocytogenes</i>		P	P									
4.12	<i>Leuconostoc</i> spp., <i>Pediococcus</i> spp.								P	P			
4.13	<i>Lactobacillus</i> spp. (<i>L. casei</i> , <i>L. casei</i> var. <i>rhamnosus</i>)								P	P			

¹ Резистентность низкого уровня к аминогликозидам. Комбинация аминогликозидов с ингибиторами синтеза клеточной стенки (пенициллины или гликопептиды), благодаря взаимному усилению активности этих препаратов, обладает бактерицидным эффектом в отношении изолятов, чувствительных к ингибиторам синтеза клеточной стенки и не обладающих высоким уровнем устойчивости к аминогликозидам.

² Дополнительно к резистентности низкого уровня к аминогликозидам *Enterococcus faecium* продуцирует хромосомный фермент AAC(6')-I, обуславливающий потерю синергизма между аминогликозидами (за исключением гентамицина, амикацина и стрептомицина) и пеницилинами или гликопептидами.

Таблица 3.5. Ожидаемый фенотип резистентности (чувствительность не ожидается) анаэробов. Кроме антибиотиков, перечисленных в таблице, анаэробы обладают природной резистентностью к азтреонаму, аминогликозидам, полимиксину В/колистину и налидиксовой кислоте

№ правила	Микроорганизм	Ванкомицин
5.1	<i>Clostridium ramosum</i> , <i>Clostridium innocuum</i>	P

3. ОЖИДАЕМАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Таблица 3.6. Ожидаемые фенотипы чувствительности (резистентность не ожидается) у грамотрицательных бактерий

№ правила	Микроорганизм	Необычные фенотипы
6.1	Все <i>Enterobacteriales</i> (кроме <i>Morganellaceae</i> и <i>Serratia marcescens</i>)	Резистентность к колистину ^{1,2}
6.2	<i>Salmonella Typhi</i>	Резистентность к карбапенемам
6.3	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> и <i>Acinetobacter</i> spp.	Резистентность к колистину ¹
6.4	<i>Haemophilus influenzae</i>	Резистентность к любому цефалоспориному третьего поколения, карбапенемам, фторхинолонам ³
6.5	<i>Moraxella catarrhalis</i>	Резистентность к любому цефалоспориному третьего поколения или фторхинолонам
6.6	<i>Neisseria meningitidis</i>	Резистентность к любому цефалоспориному третьего поколения или фторхинолонам
6.7	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Резистентность к спектиномицину

¹ За исключением стран, где резистентность к колистину не является редкой.

² МПК колистина для некоторых серотипов *Salmonella* несколько выше пограничных концентраций ($Ч \leq 2$; $P > 2$ мг/л).

³ За исключением стран, где резистентность к фторхинолонам не является редкой.

Таблица 3.7. Ожидаемые фенотипы чувствительности (резистентность не ожидается) у грамположительных бактерий

№ правила	Микроорганизм	Необычные фенотипы
7.1	<i>Staphylococcus aureus</i>	Резистентность к ванкомицину, тейкопланину, телаванцину, далбаванцину, оритаванцину, даптомицину, линезолиду, тедизолиду, хинупристину-далфопристину, тигециклину, эрава-циклину или омадоциклину
7.2	Коагулазонегативные стафилококки	Резистентность к ванкомицину, телаванцину, далбаванцину, оритаванцину, даптомицину, линезолиду ¹ , тедизолиду ¹ , хинупристину-далфопристину ¹ , тигециклину, эрава-циклину или омадоциклину
7.3	<i>Corynebacterium</i> spp.	Резистентность к ванкомицину, тейкопланину, телаванцину, далбаванцину, оритаванцину, даптомицину, линезолиду, тедизолиду, хинупристину-далфопристину или тигециклину
7.4	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Резистентность к карбапенемам, ванкомицину, тейкопланину, телаванцину, далбаванцину, оритаванцину, даптомицину, линезолиду, тедизолиду, хинупристину-далфопристину, тиге-циклину, эрава-циклину, омадоциклину или рифампицину
7.5	β -гемолитические Streptococci групп А, В, С и G	Резистентность к пенициллину, цефалоспорином, ванкомицину, тейкопланину, телаванцину, далбаванцину, оритаванцину, даптомицину, линезолиду, тедизолиду, хинупристину-далфопристину, тигециклину, эрава-циклину или омадоциклину
7.6	<i>Enterococcus</i> spp.	Резистентность к даптомицину, линезолиду, тигециклину, эрава-циклину или омадоциклину Резистентность к тейкопланину, но не ванкомицину
7.7	<i>Enterococcus faecalis</i>	Резистентность к ампициллину
7.8	<i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Enterococcus gallinarum</i> , <i>Enterococcus casseliflavus</i> , <i>Enterococcus avium</i>	Чувствительность к хинупристину-далфопристину – возможно неправильная идентификация. Если при этом выявляется резистентность к ампициллину – наиболее вероятно, что это <i>E. faecium</i> .

¹ За исключением стран, где коагулазонегативные стафилококки, резистентные к линезолиду, тедизолиду и хинупристину-далфопристину, не являются редкими.

Таблица 3.8. Ожидаемые фенотипы чувствительности (резистентность не ожидается) у анаэробов

№ правила	Микроорганизм	Необычные фенотипы
8.1	<i>Bacteroides</i> spp.	Резистентность к метронидазолу
8.2	<i>Clostridium difficile</i>	Резистентность к метронидазолу, ванкомицину или фидаксомицину

4. ЭКСПЕРТНЫЕ ПРАВИЛА ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Таблица 3.9. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Enterobacterales*

№ правила	Микроорганизм	Индикаторный препарат*	Правило распространяется на препараты*	Правило	Комментарии	УУР**	Литература
Бета-лактамы							
1	<i>E. coli</i> , <i>P. mirabilis</i>	ампициллин	пиперациллин	ЕСЛИ резистентный к ампициллину, ТО оцените как резистентный к пиперациллину, независимо от результатов исследования. ЕСЛИ чувствительный к ампициллину, ТО оцените как чувствительный к пиперациллину.		A	Drusano, Schimpff, & Hewitt, 1984
2	<i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>), <i>Raoultella</i> spp.	пиперациллин	пиперациллин	Оцените все <i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>) и <i>Raoultella</i> spp. как резистентные к пиперациллину, независимо от результатов исследования.		A	Drusano, Schimpff, & Hewitt, 1984; Mouton, Beuscart, & Soussy, 1986; Pancoast, Prince, Francke, & Neu, 1981
3	<i>Enterobacter</i> spp., <i>K. aerogenes</i> , <i>Citrobacter freundii</i> complex, <i>Hafnia alvei</i>	цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим	цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим	ЕСЛИ чувствительный <i>in vitro</i> к цефотаксиму, цефтриаксону, цефтазидиму или пиперациллину-тазобактаму, ТО: ИЛИ добавьте комментарий о том, что не рекомендуется использовать данные препараты в качестве монотерапии или в комбинации их с аминогликозидами из-за риска селекции резистентности, ИЛИ не включайте данный результат в отчет об исследовании.	Селекция дерепрессированных AmpC цефалоспоринорезистентных мутантов может произойти во время терапии. Этот риск относительно высок у <i>Enterobacter</i> , <i>K. aerogenes</i> и <i>Citrobacter</i> и является низким у <i>Morganella</i> и <i>Serratia</i> . Частота мутаций <i>in vitro</i> у <i>Hafnia alvei</i> подобна таковой у <i>Enterobacter</i> или <i>Citrobacter</i> . Использование цефалоспоринов III поколения в комбинации с аминогликозидами также может приводить к неэффективности терапии из-за селекции резистентных мутантов. Комбинации с хинолонами считаются более защищенными, однако клиническое значение такой терапии неизвестно. При использовании цефепима риск селекции отсутствует или является значительном более низким.	A	Sanders & Sanders, 1988; Choi et al., 2008; Harris & Ferguson, 2012; Kohlmann, Bähr, & Gatermann, 2018; Maillard et al, 2023
4	<i>Serratia</i> spp., <i>Morganella morgannii</i> , <i>Providencia</i> spp.	цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим	цефотаксим, цефтриаксон и цефтазидим	ЕСЛИ чувствительный к цефотаксиму, цефтриаксону или цефтазидиму, ТО добавьте комментарий, что монотерапия цефотаксимом, цефтриаксоном или цефтазидимом в редких случаях может привести к селекции резистентных мутантов.		A	Sanders & Sanders, 1988; Choi et al., 2008; Harris & Ferguson, 2012; Kohlmann, Bähr, & Gatermann, 2018

№ правила	Микроорганизм	Индикаторный препарат*	Правило распространяется на препараты*	Правило	Комментарии	ур**	Литература
5	<i>Enterobacter</i> spp., <i>K. aerogenes</i> , <i>Citrobacter freundii</i> , <i>Serratia</i> spp., <i>Morganella morganii</i> , <i>Hafnia alvei</i> , <i>Providencia</i> spp.	цефуроксим	цефуроксим, другие цефалоспорины II поколения	ЕСЛИ чувствительный к цефуроксиму, ТО оцените как резистентный к цефуроксиму и/или любому другому цефалоспоролину II поколения.	Таблицы пограничных значений содержат пограничные значения для цефуроксима только для <i>E. coli</i> , <i>P. mirabilis</i> , <i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>) и <i>Raoultella</i> spp., однако некоторые изоляты других видов могут проявлять чувствительность <i>in vitro</i> , но имеют более высокие значения МПК, чем выше перечисленные виды. Терапия цефуроксимом в таких случаях не рекомендуется. Кроме того, может произойти селекция дерепрессированных мутантов, как и при лечении цефалоспоринами III поколения.	С	
6	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>), <i>Raoultella</i> spp.	цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефепим	пиперацillin-тазобактам, амоксициллин-клавулановая кислота	ЕСЛИ резистентный к любому из цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим) или IV поколения (цефепим) И чувствительный к пиперациллину-тазобактаму или амоксициллину-клавулановой кислоте, ТО оцените результат в соответствии со значениями, полученными при исследовании.	Такой фенотип чаще всего связан с продукцией ESBL. Продуценты ESBL иногда оцениваются как чувствительные к комбинациям бета-лактамов с ингибиторами бета-лактамаз. Использование этих комбинаций для лечения инфекций, вызванных продуцентами ESBL, является предметом дискуссий на протяжении многих лет. Ряд исследований показывают возможность их применения при условии назначения адекватного режима дозирования. Согласно данным одной публикации терапия карбапенемами может иметь преимущества по сравнению с пиперациллином-тазобактамом, что оценено по такому показателю как 30-дневная летальность и преимущественно у пациентов с терминальной стадией рака.	А	Retamar, López-Cerero, Muniain, Pascual, & Rodríguez-Baño, 2013; Rodríguez-Baño, Cisneros, Gudiol, & Martínez, 2014; Ofer-Friedman et al., 2015; Tamma et al., 2015; Gutiérrez-Gutiérrez et al., 2016 Harris et al., 2018;
7	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp. (кроме <i>K. aerogenes</i>), <i>Raoultella</i> spp.	цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефепим	цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефепим	ЕСЛИ резистентный к любому из цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим) или IV поколения (цефепим) и чувствительный к другому цефалоспоролину III или IV поколений, ТО оцените каждый препарат в соответствии с результатами исследования и включите предупреждение о неясном исходе терапии при инфекциях, кроме инфекций мочевых путей.	Такой фенотип чаще всего связан с продукцией ESBL. Имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что фенотип резистентности к цефалоспоринам позволяет прогнозировать исход терапии; в то же время до сих пор нет достаточного количества данных о клинических исходах при инфекциях, кроме инфекций мочевых путей.	А	Thauvin-Eliopoulos, Tripodi, Moellering, & Eliopoulos, 1997; Bin et al., 2006; Chopra et al., 2012; Lee et al., 2013; Lee et al., 2015

№ правила	Микроорганизм	Индикаторный препарат*	Правило распространяется на препараты*	Правило	Комментарии	УУР**	Литература
Фторхинолоны							
8	<i>Enterobacterales</i> кроме <i>Salmonella</i> spp.	ципрофлоксацин	все фторхинолоны	ЕСЛИ резистентный к цiproфлоксацину, ТО оцените как резистентный ко всем фторхинолонам. ЕСЛИ чувствительный к цiproфлоксацину, ТО оцените другие фторхинолоны в соответствии с полученными при исследовании значениями.	Приобретение как минимум 2 целевых мутаций или в <i>gugA</i> , или в <i>gugA</i> плюс <i>parC</i> . Фермент AAC(6')-Ib-cr частично инактивирует цiproфлоксацин, но не левофлоксацин; однако при использовании действующих пограничных значений эта разница не может быть выявлена.	B	Cavaco et al., 2008; Martínez-Martínez, Eliecer Cano, Manuel Rodríguez-Martínez, Calvo, & Pascual, 2008
Тетрациклины							
9	<i>Serratia</i> spp., <i>Providencia</i> spp., <i>Morganella morganii</i>	тигециклин	тигециклин	Тигециклин характеризуется низкой активностью в отношении данных видов; изолят следует оценить как резистентный, независимо от результатов определения чувствительности.	Данные об эффективности тигециклина в отношении данных возбудителей крайне ограничены.	C	
Аминогликозиды							
10	<i>Enterobacterales</i>	аминогликозиды	аминогликозиды	Пограничные значения для аминогликозидов были пересмотрены в 2019 году, после чего было принято решения представить их в скобках. Это означает, что препараты данной группы должны всегда назначаться в комбинацией с другой активной терапией. Кроме того, было отмечено, что многие экспертные правила по оценке чувствительности к аминогликозидам были основаны на результатах ограниченного количества лабораторных экспериментов и не подтверждены клиническими данными. Поэтому экспертные правила оценки чувствительности к аминогликозидами удалены из настоящей версии документа.			

Здесь и в последующих таблицах:

* если не указано другое, все названия относятся к препаратам без ингибиторов

** УУР – уровень убедительности рекомендаций

1. Bin C, Hui W, Renyuan Z., Yongzhong N, Xiuli, X, Yingchun, X, Minjun C. Outcome of cephalosporin treatment of bacteremia due to CTX-M-type extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli*. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2006; 56(4), 351–7. doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2006.06.015
2. Cavaco L M, Frimodt-Møller N, Hasman H, Guardabassi L, Nielsen L, Aarestrup FM. Prevalence of quinolone resistance mechanisms and associations to minimum inhibitory concentrations in quinolone-resistant *Escherichia coli* isolated from humans and swine in Denmark. *Microbial Drug Resist* 2008; 14(2), 163–9 <http://doi.org/10.1089/mdr20080821>
3. Choi SH, Lee JE, Park SJ, Choi SH, Lee SO, Jeong JY, Kim MN, Woo JH, Kim YS. Emergence of antibiotic resistance during therapy for infections caused by Enterobacteriaceae producing AmpC beta-lactamase: implications for antibiotic use. *Antimicrob Agents Chemother* 2008; 52(3):995–1000.
4. Chopra T, Marchaim D, Veltman J, Johnson P, Zhao JJ, Tansek R, Hatahet D, Chaudhry K, Pogue JM, Rahbar H, Chen TY, Truong T, Rodriguez V, Ellsworth J, Bernabela L, Bhargava A, Yousuf A, Alangaden G, Kaye KS. Impact of cefepime therapy on mortality among patients with bloodstream infections caused by extended-spectrum-beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli*. *Antimicrob Agents Chemother* 2012; 56(7):3936–42. DOI: 10.1128/AAC.05419–11.
5. Drusano GL, Schimpff SC, Hewitt WL. The acylamipicillins: mezlocillin, piperacillin, and azlocillin. *Rev of Infect Dis* 1984; 6(1):13–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6369480>
6. Gutiérrez-Gutiérrez B, Pérez-Galera S, Salamanca E, de Cueto M, Calbo E, et al. A Multinational, Preregistered Cohort Study of β -Lactam/ β -Lactamase Inhibitor Combinations for Treatment of Bloodstream Infections Due to Extended-Spectrum- β -Lactamase-Producing Enterobacteriaceae. *Antimicrob Agents Chemother*. 2016; 60(7):4159–69. DOI: 10.1128/AAC.00365–16.
7. Harris PN, Ferguson JK. Antibiotic therapy for inducible AmpC β -lactamase-producing Gram-negative bacilli: what are the alternatives to carbapenems, quinolones and aminoglycosides? *Int J Antimicrob Agents* 2012; 40(4):297–305. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2012.06.004.
8. Harris PNA, Tambyah PA, Lye DC, Mo Y, Lee TH, Yilmaz M, et al.; MERINO Trial Investigators and the Australasian Society for Infectious Disease Clinical Research Network (ASID-CRN). Effect of Piperacillin-Tazobactam vs Meropenem on 30-Day Mortality for Patients With *E coli* or *Klebsiella pneumoniae* Bloodstream Infection and Ceftriaxone Resistance: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 320(10):984–994. DOI: 10.1001/jama.2018.12163
9. Kohlmann R, Bähr T, Gatermann SG. Species-specific mutation rates for ampC derepression in Enterobacterales with chromosomally encoded inducible AmpC β -lactamase. *J Antimicrob Chemother* 2018; 73(6):1530–1536. DOI: 10.1093/jac/dky084.
10. Lee NY, Lee CC, Huang WH, Tsui KC, Hsueh PR, Ko WC. Cefepime therapy for monomicrobial bacteremia caused by cefepime-susceptible extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae: MIC matters. *Clin Infect Dis* 2013; 56(4):488–95. DOI: 10.1093/cid/cis916.
11. Lee NY, Lee CC, Li CW, Li MC, Chen PL, Chang CM, Ko WC. Cefepime Therapy for Monomicrobial *Enterobacter cloacae* Bacteremia: Unfavorable Outcomes in Patients Infected by Cefepime-Susceptible Dose-Dependent Isolates. *Antimicrob Agents Chemother* 2015; 59(12):7558–63. DOI: 10.1128/AAC.01477–15.
12. Martínez-Martínez L, Eliecer Cano M, Manuel Rodríguez-Martínez J, Calvo J, Pascual A. Plasmid-mediated quinolone resistance. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2008; 6(5):685–711. DOI: 10.1586/14787210.6.5.685.
13. Maillard A, Delory T, Bernier J, Villa A, Chaibi K, Escaut L, Contejean A, Bercot B, Robert J, El Alaoui F, Tankovic J, Poupet H, Cuzon C, Lafaurie M, Surgers L, Joseph A, Paccoud O, Molina JM, Bleibtreu A for the Treatment of AmpC-producing Enterobacterales Study Group Effectiveness of third-generation cephalosporins or piperacillin compared with cefepime or carbapenems for severe infections caused by wild-type AmpC β -lactamase-producing Enterobacterales: A multi-centre retrospective propensity-weighted study. *Int J Antimicrob Agents* 2023; 62:106809. 10.1016/j.ijantimicag.2023.106809
14. Mouton R, Beuscart C, Soussy C. [Effectiveness and tolerance of piperacillin in 333 patients]. [Article in French]. *Presse Med*. 1986 Dec 20;15(46):2347–50.
15. Ofer-Friedman H, Shefler C, Sharma S, Tirosh A, Tal-Jasper R, Kandipalli D, et al. Carbapenems Versus Piperacillin-Tazobactam for Bloodstream Infections of Nonurinary Source Caused by Extended-Spectrum Beta-Lactamase-Producing Enterobacteriaceae. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2015; 36(8):981–5. DOI: 10.1017/ice.2015.101.
16. Pancoast S, Prince AS, Francke EL, Neu HC. Clinical evaluation of piperacillin therapy for infection. *Arch Intern Med*. 1981; 141(11):1447–50.
17. Park SH, Choi SM, Chang YK, Lee DG, Cho SY, Lee HJ, et al. The efficacy of non-carbapenem antibiotics for the treatment of community-onset acute pyelonephritis due to extended-spectrum β -lactamase-producing *Escherichia coli*. *J Antimicrob Chemother* 2014; 69(10):2848–56. DOI: 10.1093/jac/dku215.
18. Retamar P, López-Cerero L, Muniain MA, Pascual Á, Rodríguez-Baño J; ESBL-REIPI/GEIH Group. Impact of the MIC of piperacillin-tazobactam on the outcome of patients with bacteremia due to extended-spectrum- β -lactamase-producing *Escherichia coli*. *Antimicrob Agents Chemother* 2013; 57(7):3402–4. DOI: 10.1128/AAC.00135–13.
19. Rodríguez-Baño J, Cisneros JM, Gudiol C, Martínez JA Treatment of infections caused by carbapenemase-producing Enterobacteriaceae. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014 Dec;32 Suppl 4:49–55. DOI: 10.1016/S0213–005X(14)70174–0.
20. Sanders WE Jr, Sanders CC. Inducible beta-lactamases: clinical and epidemiologic implications for use of newer cephalosporins. *Rev Infect Dis*. 1988 Jul-Aug;10(4):830–8.
21. Tamma PD, Han JH, Rock C, Harris AD, Lautenbach E, Hsu AJ, Avdic E, Cosgrove SE; Antibacterial Resistance Leadership Group. Carbapenem therapy is associated with improved survival compared with piperacillin-tazobactam for patients with extended-spectrum β -lactamase bacteremia. *Clin Infect Dis* 2015; 60(9):1319–25. DOI: 10.1093/cid/civ003.
22. Thauvin-Eliopoulos C, Tripodi MF, Moellering RC Jr, Eliopoulos GM. Efficacies of piperacillin-tazobactam and cefepime in rats with experimental intra-abdominal abscesses due to an extended-spectrum beta-lactamase-producing strain of *Klebsiella pneumoniae*. *Antimicrob Agents Chemother* 1997; 41(5):1053–7.

Таблица 3.10. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Salmonella* spp.

№ правила	Микроорганизм	Индикаторный препарат*	Правило распространяется на препараты*	Правило	Комментарии	УР**	Литература
1	<i>Salmonella</i> spp.	цефалоспорины II поколения	цефалоспорины II поколения	ЕСЛИ чувствительный к цефалоспорины II поколения, ТО оцените как резистентный ИЛИ не включайте результат в отчет о выполнении исследования.	Исследования с использованием животных моделей и ограниченные клинические данные свидетельствуют о значительно более низкой частоте излечения при использовании цефалоспоринов I и II поколений по сравнению с альтернативными препаратами. В то же время, имеются публикации, описывающие успешное применение цефазолина и цефуроксима.	B	Uwaydah, 1976 Bonina et al., 1990; Deshpande, Joshi, Lal, Cooverji, & Ajay, 1996; Takkar, Kumar, Khurana, & Takkar, 1994
2	<i>Salmonella</i> spp.	аминогликозиды	аминогликозиды	ЕСЛИ чувствительный к любому из аминогликозидов, оцените как резистентный.	Данные исследований <i>in vitro</i> , с использованием животных моделей и ограниченный клинический опыт свидетельствуют о неэффективности терапии инвазивных инфекций, вызванных <i>Salmonella</i> spp.	B	Takkar et al., 1994; Bonina, Costa, & Mastroeni, 1998
3	<i>Salmonella</i> spp.	ципрофлоксацин	ципрофлоксацин	ЕСЛИ МПК цiproфлоксацина > 0,06 мг/л ИЛИ резистентный к пefлоксацину, ТО оцените как резистентный к цiproфлоксацину и добавьте предупреждение о неэффективности назначения всех фторхинолонов. ЕСЛИ МПК цiproфлоксацина ≤ 0,06 мг/л ИЛИ чувствительный к пefлоксацину при проведении скрининга, ТО оцените как чувствительный к цiproфлоксацину (и другим фторхинолонам с доказанной эффективностью при инвазивных инфекциях, вызванных <i>Salmonella</i> spp.)	Имеются доказательства клинической неэффективности терапии фторхинолонами, в основном, цiproфлоксацином, при инфекциях, вызванных изолятами с приобретенной одной или более мутациями в <i>gyrA</i> . Показано, что для выявления резистентности к фторхинолонам скрининговый метод с использованием диска с пefлоксацином 5 мкг характеризуется большей чувствительностью, чем использование налидиксовой кислоты или других фторхинолонов.	A (S. Typhi) B (другие виды)	Sanders & Sanders, 1988; Choi et al., 2008; Harris & Ferguson, 2012; Kohlmann, Bähr, & Gatermann, 2018

- Bonina L, Carbone M, Matera G, Teti G, Joysey HS, Hormaeche CE, Mastroeni P. Beta-lactam antibiotics (aztreonam, ampicillin, cefazolin and ceftazidime) in the control and eradication of *Salmonella typhimurium* in naturally resistant and susceptible mice. *J Antimicrob Chemother* 1990; 25(5):813–23.
- Bonina L, Costa GB, Mastroeni P. Comparative effect of gentamicin and pefloxacin treatment on the late stages of mouse typhoid. *New Microbiol* 1998; 21(1):9–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9497924>
- Crump JA, Kretsinger K, Gay K, Hoekstra RM, Vugia DJ, Hurd S, Segler SD, Megginson M, Luedeman LJ, Shiferaw B, Hanna SS, Joyce KW, Mintz ED, Angulo FJ; Emerging Infections Program FoodNet and NARMS Working Groups. Clinical response and outcome of infection with *Salmonella enterica* serotype Typhi with decreased susceptibility to fluoroquinolones: a United States foodnet multicenter retrospective cohort study. *Antimicrob Agents Chemother* 2008; 52(4):1278–84. DOI: 10.1128/AAC.01509–07.
- Deshpande AK, Joshi SR, Lal HM, Cooverji ND, Ajay S. Cefuroxime axetil in the treatment of *Salmonella typhi* infection (enteric fever) in adults. *J Assoc Physicians India* 1996; 44(11), 786–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9251454>

5. Gunell M, Webber MA, Kotilainen P, Lilly AJ, Caddick JM, Jalava J, Huovinen P, Siitonen A, Hakanen AJ, Piddock LJ. Mechanisms of resistance in nontyphoidal *Salmonella enterica* strains exhibiting a nonclassical quinolone resistance phenotype. *Antimicrob Agents Chemother* 2009; 53(9):3832–6. DOI: 10.1128/AAC.00121–09.
6. Hakanen A, Kotilainen P, Jalava J, Siitonen A, Huovinen P. Detection of decreased fluoroquinolone susceptibility in *Salmonellas* and validation of nalidixic acid screening test. *J Clin Microbiol* 1999; 37(11):3572–7.
7. Kadiravan T, Wig N, Kapil A, Kabra SK, Renuka K, Misra A. Clinical outcomes in typhoid fever: adverse impact of infection with nalidixic acid-resistant *Salmonella typhi*. *BMC Infect Dis* 2005; 1;:5:37
8. Reyna F, Huesca M, González V, Fuchs LY. *Salmonella typhimurium gyrA* mutations associated with fluoroquinolone resistance. *Antimicrob Agents Chemother* 1995 Jul;39(7):1621–3.
9. Skov R, Matuschek E, Sjölund-Karlsson M, Åhman J, Petersen A, Stegger M, et al. Development of a Pefloxacin Disk Diffusion Method for Detection of Fluoroquinolone-Resistant *Salmonella enterica*. *J Clin Microbiol* 2015; 53(11):3411–7. DOI: 10.1128/JCM.01287–15.
10. Takkar VP, Kumar R, Khurana S, Takkar R. Comparison of ciprofloxacin versus cephalexin and gentamicin in the treatment of multi-drug resistant typhoid fever. *Indian Pediatr.* 1994;1(2):200–1
11. Turner AK, Nair S, Wain J. The acquisition of full fluoroquinolone resistance in *Salmonella Typhi* by accumulation of point mutations in the topoisomerase targets. *J Antimicrob Chemother* 2006; 58(4):733–40
12. Uwaydah M. Cefazolin in the treatment of acute enteric fever. *Antimicrob Agents Chemother* 1976; 10(1):52–6.

Таблица 3.11. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Staphylococcus spp.*

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР**	Источник
Бета-лактамы							
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	скрининг с цефокситином для выявления MRSA методом определения МПК или диско-диффузионным методом	Все бета-лактамы, кроме препаратов, одобренных для лечения инфекций, вызванных метициллино-резистентными стафилококками с низкой аффинностью к ПСБ2а	<p>ЕСЛИ скрининг с цефокситином положительный (изолят резистентный = MRSA),</p> <p>ТО оцените как резистентный ко все бета-лактамам, кроме препаратов, одобренных для лечения инфекций, вызванных метициллино-резистентными стафилококками с низкой аффинностью к ПСБ2а (цефтаролин и цефтобипрол); к этим препаратам нужно определять чувствительность отдельно.</p> <p>ЕСЛИ скрининг с цефокситином отрицательный (изолят чувствительный = MSSA),</p> <p>ТО оцените как чувствительный ко всем бета-лактамам с известной антистафилококковой активностью.</p> <p><i>EUCAST не рекомендует использовать оксациллин для скрининга <i>tesA/tesC</i>-опосредованной резистентности к бета-лактамам у <i>S. aureus</i>.</i></p>	<p>Продукция ПСБ2а приводит к перекрестной резистентности к бета-лактамам. Цефтобипрол и цефтаролин в меньшей степени, чем другие бета-лактамы подвержены действию данного механизма, и активны в отношении многих изолятов MRSA.</p> <p>Скрининг с оксациллином характеризуется более низкой специфичностью, чем скрининг с цефокситином, так как на результат оказывают влияние другие механизмы устойчивости (гиперпродукция бета-лактамаз). У большинства «оксациллиноположительных» <i>S. aureus</i> выявляется ген <i>tesA</i>, однако некоторые <i>tesC</i>-положительные изоляты выявить не удастся. Более того, некоторые оксациллиноположительные по результатам скрининга изоляты (МПК 4–8 мг/л), но отрицательные по результатам скрининга с цефокситином, имеют другие, неопосредованные <i>tes</i>-генами, механизмы резистентности к бета-лактамам (обычно их называют BORSA – Borderline Oxacillin-Resistant <i>S. aureus</i>). <i>EUCAST</i> не рекомендует проводить скрининг BORSA,</p>	A	Chambers, et al., 1984; Skov, et al., 2014; Mlynarczyk-Bonikowska, et al., 2022

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР**	Источник
					в силу отсутствия согласованных рекомендаций по порядку действий при выявлении BORSA. Иногда встречаются изоляты с мутациями в генах ПСБ, но не имеющие тес-генов (так называемые MODSA – <i>S. aureus</i> с модифицированными ПСБ). Это может проявляться пограничными результатами при скрининге с цефокситином и/или оксациллином. Эпидемиологическое значение неизвестно.		
2	<i>Staphylococcus aureus</i> и <i>S. lugdunensis</i>	бензилпенициллин (и выявление бета-лактамаз)	пенициллины, кроме изоксазолилпенициллинов и комбинаций с ингибиторами бета лактамаз	ЕСЛИ резистентный к бензилпенициллину ИЛИ ЕСЛИ выявлена продукция бета-лактамаз, ТО оцените как резистентный ко всем пенициллинам, независимо от МПК, за исключением изоксазолилпенициллинов и комбинаций с ингибиторами бета-лактамаз.	Тест с нитроцефином для выявления продукции бета-лактамаз проводить не рекомендуется. Характеристика внешнего вида границы зоны подавления роста при использовании диска с бензилпенициллином 1 ME согласно рекомендациям EUCAST, является более надежным методом.	C	Papanicolas et al., 2014 Hombach et al., 2017
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы							
3	<i>Staphylococcus</i> spp.	эритромицин, клиндамицин	клиндамицин	ЕСЛИ резистентный к эритромицину И чувствительный к клиндамицину, ТО следует провести тест для выявления индуцибельной MLSb резистентности. ЕСЛИ индуцибельная резистентность не выявляется, ТО оцените как чувствительный к клиндамицину. ЕСЛИ индуцибельная резистентность выявляется, ТО оцените как резистентный к клиндамицину. ЕСЛИ чувствительный к эритромицину и клиндамицину, ТО оцените как чувствительный ко всем макролидам и линкозамидам.	Стафилококки, резистентные к макролидам, но чувствительные к клиндамицину, характеризуются наличием рибосомальных метилаз Egm-типа, обуславливающих формирование индуцибельного MLSb-фенотипа или экспрессией эффлюксного насоса. В случае индуцибельной MLSb-резистентности, клиндамицин способствует селекции конститутивно резистентных мутантов. Можно добавить комментарий о возможности использования клиндамицина при нетяжелых инфекциях кожи и мягких тканей.	A	LaPlante, Leonard, Andes, Craig, & Rybak, 2008
4	<i>Staphylococcus</i> spp.	эритромицин, клиндамицин	клиндамицин	ЕСЛИ чувствительный к эритромицину И резистентный к клиндамицину, ТО оцените результат в соответствии с полученными при исследовании значениями.	Редкие штаммы стафилококков могут продуцировать фермент, инактивирующий линкозамиды (<i>linA</i> или <i>InuA</i>), включая клиндамицин, и не повреждающий макролиды.	C	Brisson-Noël, Delrieu, Samain, & Courvalin, 1988
Фторхинолоны							
5	<i>Staphylococcus</i> spp.	скрининг с норфлоксацином	все фторхинолоны	ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином отрицательный (изолят чувствительный), ТО оцените как чувствительный при увеличенной экспозиции к ципрофлоксацину и левофлоксацину и чувствительный к моксифлоксацину.	Скрининговый тест позволяет выявить мутацию первой ступени и другие механизмы (например, эффлюкс), ведущие к пониженной чувствительности.	C	Kaatz & Seo, 1997; Sierra et al., 2005

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР**	Источник
				ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный), ТО оцените каждый препарат в соответствии со значениями, полученными при исследовании. ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный) И изолят чувствительный при увеличенной экспозиции к цiproфлоксацину или левофлоксацину или чувствительный к моксифлоксацину, ТО оцените каждый препарат в соответствии с полученным значением, и добавьте предупреждение о риске развития резистентности в процессе терапии фторхинолонами.	В связи с тем, что мутанты с активированным эффлюксом могут оставаться чувствительными к другим фторхинолонам, данное исследование выполнять настоятельно рекомендуется.		
6	<i>Staphylococcus</i> spp.	левофлоксацин, моксифлоксацин	все фторхинолоны	ЕСЛИ резистентный к левофлоксацину или моксифлоксацину, ТО оцените как резистентный ко всем фторхинолонам.	Приобретенные комбинированные мутации в <i>griA</i> и <i>gugA</i> приводят к полной или частичной перекрестной резистентности ко всем фторхинолонам.	C	Sierra et al., 2005
Тетрациклины							
7	<i>Staphylococcus</i> spp.	тетрациклин	доксициклин, миноциклин, тигециклин	ЕСЛИ чувствительный к тетрациклину, ТО оцените как чувствительный к доксициклину, миноциклину и тигециклину. ЕСЛИ резистентный к тетрациклину, ТО ИЛИ оцените как резистентный к доксициклину и миноциклину ИЛИ определите МПК доксициклина и/или миноциклина и сообщите результат для каждого препарата индивидуально. Определение чувствительности и сообщение результата для тигециклина всегда следует проводить индивидуально.	Резистентность к тетрациклину у стафилококков в большинстве случаев вызвана TetK или TetM. TetM приводит к резистентности ко всем перечисленным тетрациклинам. Изоляты, обладающие TetL, остаются чувствительными к миноциклину.	C	Trzcinski, Cooper, Hryniewicz, & Dowson, 2000
Другие антимикробные препараты							
8	<i>Staphylococcus</i> spp.	линезолид	тедизолид	ЕСЛИ чувствительный к линезолиду, ТО оцените как чувствительный к тедизолиду. ЕСЛИ резистентный к линезолиду, ТО оцените чувствительность к тедизолиду в соответствии со значением, полученным при исследовании.	Изоляты, чувствительные к линезолиду, могут быть оценены как чувствительные к тедизолиду, но изоляты, резистентные к линезолиду, могут быть чувствительными к тедизолиду.	C	Peñuelas et al., 2016

1. Brisson-Noël A, Delrieu P, Samain D, Courvalin P. Inactivation of lincosaminide antibiotics in *Staphylococcus*. Identification of lincosaminide O-nucleotidyltransferases and comparison of the corresponding resistance genes. J Biol Chem 1988; 263(31):15880–7
2. Chambers HF, Hackbarth CJ, Drake TA, Rusnak MG, Sande MA. Endocarditis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in rabbits: expression of resistance to beta-lactam antibiotics *in vivo* and *in vitro*. J Infect Dis 1984; 149(6):894–903.

- Hombach M, Weissert C, Senn MM, Zbinden R. Comparison of phenotypic methods for the detection of penicillinase in *Staphylococcus aureus* and proposal of a practical diagnostic approach. *J Antimicrob Chemother* 2017; 72(4):1089–1093. DOI: 10.1093/jac/dkw521.
- Kaatz GW, Seo SM. Mechanisms of fluoroquinolone resistance in genetically related strains of *Staphylococcus aureus*. *Antimicrob Agents Chemother* 1997; 41(12):2733–7.
- LaPlante KL, Leonard SN, Andes DR, Craig WA, Rybak MJ. Activities of clindamycin, daptomycin, doxycycline, linezolid, trimethoprim-sulfamethoxazole, and vancomycin against community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* with inducible clindamycin resistance in murine thigh infection and *in vitro* pharmacodynamic models. *Antimicrob Agents Chemother* 2008; 52(6):2156–62. DOI: 10.1128/AAC.01046–07.
- Mlynarczyk-Bonikowska B, Kowalewski C, Krolak-Ulinska A, Marusza W. Molecular mechanisms of drug resistance in *Staphylococcus aureus*. *Int J Mol Sci*.2022 Jul 22;23(15):8088. doi: 10.3390/ijms23158088.
- Papanicolas LE, Bell JM, Bastian I. Performance of phenotypic tests for detection of penicillinase in *Staphylococcus aureus* isolates from Australia. *J Clin Microbiol* 2014; 52(4):1136–8. DOI: 10.1128/JCM.03068–13.
- Peñuelas M, Candel FJ, Lejarraga C, López-González L, Viñuela-Prieto JM, López de Mendoza D. Activity of linezolid and tedizolid against clinical isolates of methicillin-resistant and methicillin and linezolid resistant *Staphylococcus aureus*: an *in vitro* comparison. *Rev Esp Quimioter* 2016; 29(5):255–8
- Sierra JM, Cabeza JG, Ruiz Chaler M, Montero T, Hernandez J, Mensa J, Llagostera M, Vila J. The selection of resistance to and the mutagenicity of different fluoroquinolones in *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pneumoniae*. *Clin Microbiol Infect* 2005; 11(9):750–8.
- Skov R, Larsen AR, Kearns A, Holmes M, Teale C, Edwards G, Hill R. Phenotypic detection of mecC-MRSA: cefoxitin is more reliable than oxacillin. *J Antimicrob Chemother* 2014 Jan;69(1):133–5. doi: 10.1093/jac/dkt341. Epub 2013 Sep 12.
- Trzcinski K, Cooper BS, Hryniewicz W, Dowson CG. Expression of resistance to tetracyclines in strains of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Antimicrob Chemother* 2000; 45(6):763–70.

Таблица 3.12. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Enterococcus spp.*

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты *	Правило	Комментарии	УУР**	Источник
Бета-лактамы							
1	<i>Enterococcus faecalis</i> и <i>Enterococcus faecium</i>	ампициллин	амоксициллин, уреидопенициллины и имипенем	ЕСЛИ резистентный к ампициллину, ТО оцените как резистентный к уреидопенициллинам и имипенему.	Повреждения ПСБ5 ведут к пониженной аффинности с бета-лактамами. Резистентность к ампициллину свидетельствует о резистентности к имипенему, но на основании чувствительности к ампициллину нельзя прогнозировать чувствительность к имипенему. У <i>E. faecalis</i> чувствительность к ампициллину, амоксициллину и пиперациллину (в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз и без) можно оценивать на основании чувствительности к ампициллину у ≥ 98% изолятов. Для других <i>Enterococcus spp.</i> (включая <i>E. faecium</i>) чувствительность к этим препаратам не характерна; резистентные к ампициллину изоляты не должны оцениваться как чувствительные к ампициллину и пиперациллину (в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз и без). Большинство изолятов <i>E. faecalis</i> , чувствительных к ампициллину, являются чувствительными к амоксициллину (и его комбинации с клавулановой кислотой) и чувствительными при увеличенной экспозиции к пиперациллину (и его комбинации с тазобактамом).	С	Weinstein, et al., 2004. Hasegawa, et al. 2025

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты*	Правило	Комментарии	УР**	Источник
					Однако некоторые изоляты, чувствительные к ампициллину, могут быть резистентными к пиперациллину, поэтому для включения результатов для пиперациллина в отчет рекомендуется провести тестирование данного препарата.		
2	<i>Enterococcus</i> spp.	гентамицин	гентамицин, стрептомицин	ЕСЛИ выявляется резистентность высокого уровня к гентамицину, ТО добавьте предупреждением о том, что комбинации бета-лактамов с гентамицином и другими аминокликозидами, кроме стрептомицина (см. далее) не будут обеспечивать синергизм И проведите тест для выявления высокого уровня резистентности к стрептомицину. ЕСЛИ не выявляется резистентность высокого уровня к гентамицину, ТО гентамицин можно использовать в комбинированной терапии для обеспечения синергизма.	Энтерококки с высоким уровнем резистентности к гентамицину обычно экспрессируют бифункциональный аминокликозидмодифицирующий фермент AAC(6')-APH(2''), который инактивирует многие аминокликозиды, кроме стрептомицина. Исследования с использованием животных моделей показали сниженную эффективность комбинаций бета-лактамов с гентамицином в отношении таких штаммов.	B	Moellering, Korzeniowski, Sande, & Wennersten, 1979; Daigle, Hughes, & Wright, 1999
3	<i>Enterococcus</i> spp.	стрептомицин	стрептомицин	ЕСЛИ выявляется резистентность высокого уровня к стрептомицину, ТО добавьте предупреждением о том, что комбинации бета-лактамов с данным аминокликозидом не будут обеспечивать синергизм. ЕСЛИ не выявляется резистентность высокого уровня к стрептомицину, ТО стрептомицин можно использовать в комбинированной терапии для обеспечения синергизма.	Высокий уровень резистентности свидетельствует о продукции ANT(6) или других ферментов или о рибосомальных мутациях. Результаты исследования <i>in vitro</i> свидетельствуют о потере синергизма между бета-лактамами и стрептомицином в отношении таких штаммов.	B	Zimmermann 1971
Фторхинолоны							
4	<i>Enterococcus</i> spp.	скрининг с норфлоксацином	ципрофлоксацин, левофлоксацин	ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином отрицательный (изолят чувствительный), ТО оцените изолят как чувствительный к ципрофлоксацину и левофлоксацину (только для изолятов при неосложненных/локализованных инфекциях мочевых путей (цистит)). ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный), ТО оцените изолят как резистентный к ципрофлоксацину и левофлоксацину.	Как и у других грамположительных бактерий, скрининговый тест позволяет выявить мутацию первой ступени, а также гиперэкспрессию эффлюксных систем. Поэтому изоляты, чувствительные к норфлоксацину, могут быть оценены как чувствительные к другим фторхинолонам.	C	Oyamada, Ito, Inoue, & Yamagishi, 2006
Гликопептиды и липогликопептиды							
5	<i>Enterococcus</i> spp.	ванкомицин, тейкопланин	тейкопланин	ЕСЛИ изолят резистентный к ванкомицину И чувствительный к тейкопланину, ТО добавьте комментарий о риске развития резистентности к тейкопланину в процессе терапии.	Энтерококки, имеющие ген <i>vanB</i> , могут проявлять чувствительность к тейкопланину, но резистентность может развиваться в процессе терапии; то же характерно и для фенотипически чувствительных изолятов, имеющих <i>vanA</i> или <i>vanB</i>	B	Holmes et al., 2013; Thaker et al., 2015

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты*	Правило	Комментарии	УР**	Источник
				ЕСЛИ изолят чувствительный к ванкомицину, но молекулярными методами выявлен ген <i>vanA</i> , ТО оцените изолят как резистентный к ванкомицину и тейкопланину. Если изолят чувствительный к ванкомицину, но молекулярными методами выявлен ген <i>vanB</i> , ТО оцените как резистентный к ванкомицину и добавьте предупреждение о риске развития резистентности к тейкопланину в процессе терапии.			
6	<i>Enterococcus faecium</i>	клиндамицин	клиндамицин	ЕСЛИ определялась чувствительность к клиндамицину, ТО оцените результат как резистентный независимо от результатов исследования	Не смотря на возможную активность <i>in vitro</i> в отношении некоторых изолятов <i>Enterococcus</i> spp., значение МПК обычно высокие, клиническая эффективность непредсказуема, результаты определения чувствительности не должны включаться в отчет.	C	Bjpdogan et al, 1999

- Bozdogan B, Berzougou L, Kuo MS, Yurek DA, Farley KA, Stockman BJ, et al. A new resistance gene, *linB*, conferring resistance to lincosamides by nucleotidylation in *Enterococcus faecium* HM1025. *Antimicrob Agents Chemother* 1999; 43(4):925–9.
- Daigle DM, Hughes DW, Wright GD Prodigious substrate specificity of AAC(6′)-APH(2″), an aminoglycoside antibiotic resistance determinant in enterococci and staphylococci. *Chem Biol* 1999 Feb;6(2):99–110.
- Hasegawa K, Suzuki K, Murata K, Ogawa Y. Minimum inhibitory concentration of penicillin as a surrogate for in vitro piperacillin susceptibility of ampicillin-susceptible *Enterococcus faecalis*. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2025 Aug;112(4):116850. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2025.116850.
- Holmes NE, Ballard SA, Lam MM, Johnson PD, Grayson ML, Stinear TP, et al. Genomic analysis of teicoplanin resistance emerging during treatment of *vanB* vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* infections in solid organ transplant recipients including donor-derived cases. *J Antimicrob Chemother* 2013; 68(9):2134–9. DOI: 10.1093/jac/dkt130.
- Moellering RC Jr, Korzeniowski OM, Sande MA, Wennersten CB. Species-specific resistance to antimicrobial synergism in *Streptococcus faecium* and *Streptococcus faecalis*. *J Infect Dis*. 1979; 140(2):203–8.
- Oyamada Y, Ito H, Inoue M, Yamagishi J. Topoisomerase mutations and efflux are associated with fluoroquinolone resistance in *Enterococcus faecalis*. *J Med Microbiol* 2006; 55(Pt 10):1395–401.
- Thaker MN, Kalan L, Waglechner N, Eshaghi A, Patel SN, Poutanen S, et al. Vancomycin-variable enterococci can give rise to constitutive resistance during antibiotic therapy.
- Weinstein MP, Mirrett S, Kannagara S, Monahan J, Harrell LJ, Wilson AC, Reller LB. Multicenter evaluation of use of penicillin and ampicillin as surrogates for in vitro testing of susceptibility of enterococci to imipenem. *J Clin Microbiol*. 2004 Aug;42(8):3747-51. doi: 10.1128/JCM.42.8.3747-3751.2004
- Antimicrob Agents Chemother* 2015; 59(3):1405–10. DOI: 10.1128/AAC.04490–14.
- Zimmermann RA, Moellering RC Jr, Weinberg AN. Mechanism of resistance to antibiotic synergism in enterococci. *J Bacteriol* 1971; 105(3):873–9.

Таблица 3.13. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Streptococcus* spp.

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УУР*	Источник
Бета-лактамы							
1	Бета-гемолитические стрептококки (групп А, В, С, G)	бензилпенициллин	аминопенициллины, цефалоспорины и карбапенемы	ЕСЛИ скрининг с бензилпенициллином отрицательный (изолят чувствительный), ТО оцените как чувствительный к любому бета-лактаму, имеющим соответствующие показания. ЕСЛИ скрининг с бензилпенициллином положительный (изолят резистентный), ТО следует определить чувствительность к отдельным препаратам ИЛИ оценить как резистентный.	Редкие изоляты стрептококков группы В имеют пониженную чувствительность к пенициллинам. За исключением стрептококков группы В (МПК бензилпенициллина до 1 мг/л), резистентности к бета-лактамам у стрептококков до сих пор не описано. Если бета-гемолитические стрептококки, включая стрептококки группы В, проявляют резистентность к пенициллину, проверьте идентификацию и результат определения чувствительности.	С	Dahesh S et al., 2008 Hayes et al, 2020
2	Стрептококки группы Viridans	скрининг с бензилпенициллином	аминопенициллины и цефотаксим или цефтриаксон	ЕСЛИ скрининг с бензилпенициллином отрицательный (изолят – чувствительный), ТО оцените как чувствительный к любому бета-лактаму, имеющему соответствующие показания; ЕСЛИ скрининг с бензилпенициллином положительный (изолят резистентный), ТО определите чувствительность индивидуально к каждому препарату ИЛИ оцените как резистентный	Продукция мозаичных ПСБ приводит к формированию различных профилей резистентности к бета-лактамам. Поэтому в случае выявления резистентности к бензилпенициллину результат для других бета-лактамов предсказать нельзя.	С	Pottumarthy & Morris, 1998
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы							
3	<i>Streptococcus</i> spp.	эритромицин, клиндамицин	клиндамицин	ЕСЛИ резистентный к эритромицину И чувствительный к клиндамицину, ТО следует провести тест для выявления индуцибельной MLSb резистентности. ЕСЛИ тест выявления индуцибельной резистентности отрицательный, ТО оцените как чувствительный к клиндамицину. ЕСЛИ тест выявления индуцибельной резистентности положительный, ТО оцените как резистентный к клиндамицину.	Стрептококки, резистентные к макролидам, но чувствительные к клиндамицину, характеризуются продукцией рибосомальных метилаз Erm-типа, обуславливающих формирование индуцибельного MLSb-фенотипа, или экспрессией эффлюксного насоса. В случае индуцибельной MLSb-резистентности клиндамицин способствует селекции конститутивно резистентных мутантов. Если изолят в соответствии с пограничными значениями оценивается как чувствительный к клиндамицину, то можно добавить комментарий о возможности использования клиндамицина при нетяжелых инфекциях кожи и мягких тканей. При выявлении индуцибельной MLSb-резистентности и чувствительности в соответствии с пограничными значениями к клиндамицину для бета-гемолитических стрептококков можно добавить комментарий о возможности использования клиндамицина с целью снижения синтеза токсина, например, в таких ситуациях, как стрептококковый фасциит.	А	Lewis et al., 2014

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УУР*	Источник
Фторхинолоны							
4	Стрептококки групп А, В, С, G	скрининг с норфлоксацином	левофлоксацин, моксифлоксацин	ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином отрицательный (изолят чувствительный), ТО оцените как чувствительный к левофлоксацину и моксифлоксацину. ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный), ТО определите чувствительности к левофлоксацину и моксифлоксацину ИЛИ оцените изолят как резистентный	Как и у других грамположительных бактерий, скрининговый тест позволяет выявить мутацию первой ступени, а также гиперэкспрессию эффлюксных систем. Поэтому изоляты, чувствительные к норфлоксацину, могут быть оценены как чувствительные ко всем фторхинолонам.	А	Petrelli et al., 2014; Pinho, Melo-Cristino, Ramirez, & Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections, 2010
Аминогликозиды							
5	<i>Streptococcus</i> spp.	гентамицин	гентамицин	ЕСЛИ выявляется резистентность высокого уровня к гентамицину, ТО добавьте предупреждением о том, что комбинации бета-лактамов с гентамицином не будут обеспечивать синергизм. ЕСЛИ не выявляется резистентность высокого уровня к гентамицину, ТО сообщите, что гентамицин можно использовать в комбинированной терапии для обеспечения синергизма. ПРИМЕЧАНИЕ: правило применимо только для изолятов, выделенных при эндокардите.	Высокий уровень резистентности к аминогликозидам, выявляется у стрептококков группы Viridans, а также у стрептококков группы В. Данные, полученные <i>in vitro</i> , позволяют предположить снижение синергизма в отношении таких изолятов. В то же время, клинических данных, доказывающих увеличение частоты неэффективности терапии, недостаточно. По аналогии с энтерококками к назначению комбинаций бета-лактамов с аминогликозидами для терапии следует подходить с осторожностью.	С	Farber & Yee, 1987; Kaufhold & Potgieter, 1993; Doumith et al., 2017

- Dahesh S, Hensler ME, Van Sorge NM, Gertz RE Jr, Schrag S, Nizet V, Beall BW. Point mutation in the group B streptococcal *pbp2x* gene conferring decreased susceptibility to beta lactam antibiotics. *Antimicrob Agents Chemother*. 2008 Aug;52(8):2915-8. doi: 10.1128/AAC.00461-08.
- Doumith M, Mushtaq S, Martin V, Chaudhry A, Adkin R, Coelho J, Chalker V, MacGowan A, Woodford N, Livermore DM; BSAC Resistance Surveillance Standing Committee. Genomic sequences of *Streptococcus agalactiae* with high-level gentamicin resistance, collected in the BSAC bacteraemia surveillance. *J Antimicrob Chemother* 2017; 72(10):2704–2707. DOI: 10.1093/jac/dkx207.
- Farber BF, Yee Y. High-level aminoglycoside resistance mediated by aminoglycoside-modifying enzymes among viridans streptococci: implications for the therapy for endocarditis. *J Infect Dis* 1987; 155(5):948–53.
- Hayes K, O'Halloran F, Cotter L. A review of antibiotic resistance in Group B *Streptococcus*: the story so far. *Crit Rev Microbiol*. 2020 May;46(3):253-269. doi: 10.1080/1040841X.2020.1758626
- Kaufhold A, Potgieter E. Chromosomally mediated high-level gentamicin resistance in *Streptococcus mitis*. *Antimicrob Agents Chemother* 1993; 37(12):2740–2.
- Lewis JS 2nd, Lepak AJ, Thompson GR 3rd, Craig WA, Andes DR, Sabol-Dzintars KE, Jorgensen JH. Failure of clindamycin to eradicate infection with beta-hemolytic streptococci inducibly resistant to clindamycin in an animal model and in human infections. *Antimicrob Agents Chemother* 2014; 58(3):1327–31. DOI: 10.1128/AAC.01877–13
- Petrelli D, Di Luca MC, Prenna M, Bernaschi P, Repetto A, Vitali LA. Characterization of levofloxacin non-susceptible clinical *Streptococcus pyogenes* isolated in the central part of Italy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014; 33(2):241–4. DOI: 10.1007/s10096–013-1950–5.
- Pinho MD, Melo-Cristino J, Ramirez M; Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections. Fluoroquinolone resistance in *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis* and evidence for a shared global gene pool with *Streptococcus pyogenes*. *Antimicrob Agents Chemother* 2010 May;54(5):1769–77
- Pottumarthy S, Morris AJ. Detection of decreased penicillin susceptibility in viridans group streptococci. *Pathology* 1998; 30(2):188–91.

Таблица 3.14. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Streptococcus pneumoniae*

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР	Источник
Бета-лактамы							
1	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	скрининг с оксациллином (диско-диффузионный метод)	феноксиметилпенициллин, бензилпенициллин, аминопенициллины, цефалоспорины, карбапенемы	ЕСЛИ скрининг с оксациллином отрицательный (изолят чувствительный), ТО оцените как чувствительный к бета-лактамам, для которых установлены пограничные значения для <i>S. pneumoniae</i> . ЕСЛИ скрининг с оксациллином положительный (изолят резистентный), ТО следуйте инструкции, представленной в виде схемы в Таблицах пограничных значений.		A	Dixon et al., 1977; Swenson et al., 1986; Jetté and Sinave, 1999;
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы							
2	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	эритромицин, клиндамицин	клиндамицин	ЕСЛИ резистентный к эритромицину И чувствительный к клиндамицину, ТО следует выполнить тест для выявления индуцибельной MLSb резистентности. ЕСЛИ тест выявления индуцибельной резистентности отрицательный, ТО оцените как чувствительный к клиндамицину. ЕСЛИ тест выявления индуцибельной резистентности положительный, ТО оцените как резистентный к клиндамицину. Если изолят чувствительный к эритромицину и клиндамицину, ТО оцените как чувствительный ко все макролидам и линкозамидам	Стрептококки, резистентные к макролидам, но чувствительные к клиндамицину, характеризуются продукцией рибосомальных метилаз Erm-типа, обуславливающих формирование индуцибельного MLSb-фенотипа или экспрессией эффлюксного насоса. В случае индуцибельной MLSb-резистентности клиндамицин способствует селекции конститутивно резистентных мутантов.	A	Lewis et al., 2014
Фторхинолоны							
3	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	скрининг с норфлоксацином	левофлоксацин, моксифлоксацин	ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином отрицательный (изолят чувствительный), ТО оцените изолят как чувствительный при увеличенной экспозиции к левофлоксацину и чувствительный к моксифлоксацину. ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный), ТО следует определить чувствительность к левофлоксацину и моксифлоксацину ИЛИ оценить его как резистентный к левофлоксацину и моксифлоксацину. ЕСЛИ скрининг с норфлоксацином положительный (изолят резистентный) И изолят чувствительный при увеличенной экспозиции к левофлоксацину и/или чувствительный к моксифлоксацину, ТО оцените изолят в соответствии с полученными результатами и добавьте предупреждение о риске развития резистентности в процессе терапии данным препаратом.	Приобретенная как минимум одна мутация в мишени, например, в <i>parC</i> (<i>parE</i>). Более надежны методом выявления мутации первой ступени является скрининг с норфлоксацином.	C	Varon, Houssaye, Grondin, & Gutmann, 2006; Kays et al., 2007; de Cueto et al., 2008

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР	Источник
4	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	левофлоксацин, моксифлоксацин	все фторхинолоны	ЕСЛИ резистентный к левофлоксацину или моксифлоксацину, ТО оцените как резистентный ко всем фторхинолонам	Приобретенные комбинированные мутации, например в <i>parC</i> и <i>gyrA</i> приводят к полной или частичной перекрестной резистентности ко всем фторхинолонам.	A	Kays et al., 2007
Тетрациклины							
5	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	тетрациклин	доксциклин, миноциклин	ЕСЛИ чувствительный к тетрациклину, ТО оцените как чувствительный к доксициклину, миноциклину ЕСЛИ резистентный к тетрациклину, ТО оцените как резистентный к доксициклину и миноциклину ИЛИ определите чувствительность к препарату индивидуально и оцените результат в соответствии с полученными значениями.	См. также правило – в таблицах пограничных значений.	C	

- de Cueto M, Rodríguez JM, Soriano MJ, López-Cerero L, Venero J, Pascual A. Fatal levofloxacin failure in treatment of a bacteremic patient infected with *Streptococcus pneumoniae* with a preexisting *parC* mutation. J Clin Microbiol 2008; 46(4):1558–60. DOI: 10.1128/JCM.02066–07. Epub 2008 Feb 20.
- Dixon JMS, Lipinski AE, Graham MEP. Detection and prevalence of pneumococci with increased resistance to penicillin. Can Med Assoc J 1977; 117: 1159–61.
- Jetté LP and C Sinave. Use of an oxacillin disk screening test for detection of penicillin- and ceftriaxone-resistant pneumococci. J Clin Microbiol 1999; 37: 1178–81.
- Kays MB, Zhanel GG, Reimann MA, Jacobi J, Denys GA, Smith DW, et al. Selection of a *gyrA* mutation and treatment failure with gatifloxacin in a patient with *Streptococcus pneumoniae* with a preexisting *parC* mutation. Pharmacotherapy 2007 Feb;27(2):221–6. doi.org/10.1592/phco.27.2.221
- Lewis JS 2nd, Lepak AJ, Thompson GR 3rd, Craig WA, Andes DR, Sabol-Dzintars KE, Jorgensen JH. Failure of clindamycin to eradicate infection with beta-hemolytic streptococci inducibly resistant to clindamycin in an animal model and in human infections. Antimicrob Agents Chemother 2014; 58(3):1327–31. DOI: 10.1128/AAC.01877–13
- Varon E, Houssaye S, Grondin S, Gutmann L; Groupe des Observatoires de la Résistance du Pneumocoque. Nonmolecular test for detection of low-level resistance to fluoroquinolones in *Streptococcus pneumoniae*. Antimicrob Agents Chemother 2006; 50(2):572–9.
- Swenson JM, Hill BC, Thornsberry C. Screening pneumococci for penicillin resistance. J Clin Microbiol 1986; 24: 749–52.

Таблица 3.15. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Haemophilus influenzae*

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УФР	Литература
Бета-лактамы							
1	<i>Haemophilus influenzae</i>	бензилпенициллин (диско-диффузионный метод) скрининговый тест	другие бета-лактамы	ЕСЛИ при проведении скрининга с бензилпенциллином – чувствительный, ТО оцените как чувствительный ко всем бета-лактамам, имеющим соответствующие показания. ЕСЛИ по результату скрининга с бензилпенциллином – резистентный, ТО продолжите исследование (см. схему в Таблицах пограничных значений).	Резистентность к бензилпеницилину выявляет все механизмы резистентности к бета-лактамам у <i>Haemophilus influenzae</i> , однако не позволяет дифференцировать резистентность, связанную с мутациями ПСБ и/или продукцией бета-лактамаз.	А	Skaare et al., 2015
Фторхинолоны							
2	<i>Haemophilus influenzae</i>	налидиксовая кислота скрининговый тест	все фторхинолоны	ЕСЛИ при проведении скрининга с налидиксовой кислотой чувствительный, ТО оцените как чувствительный ко всем фторхинолонам, имеющим соответствующие показания. ЕСЛИ при проведении скрининга с налидиксовой кислотой резистентный, ТО оцените как резистентный к ципрофлоксацину, левофлоксацину и моксифлоксацину ИЛИ определите чувствительность препарата, использование которого планируется для терапии И в случае выявления чувствительности добавьте комментарий о возможном развитии резистентности в процессе терапии.	Сниженная чувствительность к фторхинолонам у <i>H. influenzae</i> , связанная с мутациями в генах топоизомеразы, более надежно выявляется при проведении теста с налидиксовой кислотой. Мутации первой ступени приводят к повышению МПК от 0,125 до 1 мг/л. Резистентность к фторхинолонам высокого уровня встречается редко. Пока не получено доказательств клинического значения таких изолятов, их следует оценивать как резистентные.	С	Puig et al., 2015; Shoji et al., 2014
Тетрациклины							
3	<i>Haemophilus influenzae</i>	тетрациклин	доксциклин, миноциклин	ЕСЛИ чувствительный к тетрациклину, ТО оцените как чувствительный к доксициклину и миноциклину. ЕСЛИ резистентный к тетрациклину, ТО оцените как резистентный к доксициклину и миноциклину ИЛИ определите чувствительность препарата, использование которого планируется для терапии.	См. также правило – в таблицах пограничных значений.	С	

1. Puig C, Tirado-Vélez JM, Calatayud L, Tubau F, Garmendia J, Ardanuy C, et al. Molecular characterization of fluoroquinolone resistance in nontypeable *Haemophilus influenzae* clinical isolates. *Antimicrob Agents Chemother.* 2015; 59(1):461–6. DOI: 10.1128/AAC.04005–14
2. Shoji H, Shirakura T, Fukuchi K, Takuma T, Hanaki H, Tanaka K, et al. A molecular analysis of quinolone-resistant *Haemophilus influenzae*: validation of the mutations in Quinolone Resistance-Determining Regions. *J Infect Chemother.* 2014; 20(4):250–5. DOI: 10.1016/j.jiac.2013.22.007.
3. Skaare D, Lia A, Hannisdal A, Tveten Y, Matuschek E, Kahlmeter G, et al. *Haemophilus influenzae* with Non-Beta-Lactamase-Mediated Beta-Lactam Resistance: Easy To Find but Hard To Categorize. *J Clin Microbiol.* 2015; 53(11):3589–95. DOI: 10.1128/JCM.01630–15

Таблица 3.16. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Moraxella catarrhalis*

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР	Источник
Фторхинолоны							
1	<i>Moraxella catarrhalis</i>	скрининг с налидиксовой кислотой	все фторхинолоны	ЕСЛИ при проведении скрининга с налидиксовой кислотой – чувствительный, ТО оцените как чувствительный ко всем фторхинолонам, имеющим соответствующие показания. ЕСЛИ при проведении скрининга с налидиксовой кислотой – резистентный, ТО оцените как резистентный к фторхинолонам, имеющим соответствующие показания, ИЛИ определите чувствительность к препарату, предназначенному для терапии, индивидуально И при выявлении чувствительности, добавьте предупреждение о возможном развитии резистентности в процессе терапии.	Пониженная чувствительность к фторхинолонам у <i>M. catarrhalis</i> обусловлена мутациями в <i>gyrA</i> , надежным методом выявления которой является скрининг с налидиксовой кислотой. Резистентность высокого уровня к фторхинолонам, что определяется по резистентности к моксифлоксацину, левофлоксацину или ципрофлоксацину, у данного вида встречается редко. Пока нет доказательств клинического значения таких изолятов, их следует оценивать как резистентные.	С	Król-Turmińska, Olender. 2018 Yamada & Saito, 2014 Yamada, Saito, Muto, Kashiwa, Tamamori, Fujisaki, 2017

1. Król-Turmińska K, Olender A. Alternations in DNA gyrase genes in low-level fluoroquinolone-resistant *Moraxella catarrhalis* strains isolated in Poland. *Infect Drug Resist* 2018; 6;11:1047–1053. DOI: 10.2147/IDR.S162006.
2. Yamada K, Saito R. Molecular analysis of low-level fluoroquinolone resistance in clinical isolates of *Moraxella catarrhalis* *J Med Microbiol.* 2014; 63(Pt 8):1066–70. DOI: 10.1099/jmm.0.073734–0.
3. Yamada K, Saito R, Muto S, Kashiwa M, Tamamori Y, Fujisaki S. Molecular Characterization of Fluoroquinolone-Resistant *Moraxella catarrhalis* Variants Generated *In Vitro* by Stepwise Selection. *Antimicrob Agents Chemother* 2017; 61(10). pii: e01336–17. DOI: 10.1128/AAC.01336–17.

Таблица 3.17. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Corynebacterium* spp. (кроме *C. diphtheriae*)

№ правила	Микро-организм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР*	Источник
Макролиды и линкозамиды							
1	<i>Corynebacterium</i> spp. (кроме <i>C. diphtheriae</i>)	эритромицин, клиндамицин	клиндамицин	ЕСЛИ резистентный к эритромицину И выявляется индуцибельная резистентность к клиндамицину, ТО оцените как резистентный к клиндамицину. ЕСЛИ чувствительный к эритромицину, ТО оцените чувствительность к клиндамицину в соответствии с полученным при исследовании значением.	Условно-патогенные коринебактерии, резистентные к эритромицину, наиболее часто имеют ген <i>ermX</i> , который обычно экспрессируется конститутивно, но в некоторых случаях его экспрессия может быть индуцибельной. Данные о клиническом значении этого явления отсутствуют, но представляется обоснованным оценить ситуацию, подобно таковой у стафилококков и стрептококков.	С	Rosato, Lee, & Nash, 2001; Olender, 2013; Ortiz-Pérez et al.,2010

1. Olender A. Antibiotic resistance and detection of the most common mechanism of resistance (MLS_B) of opportunistic *Corynebacterium*. *Chemotherapy* 2013;59(4):294–306. DOI: 10.1159/000357467.
2. Ortiz-Pérez A, Martín-de-Hijas NZ, Esteban J, Fernández-Natal MI, García-Cía JI, Fernández-Roblas R. High frequency of macrolide resistance mechanisms in clinical isolates of *Corynebacterium* species. *Microb Drug Resist* 2010; 16(4):273–7. DOI: 10.1089/mdr.2010.0032.
3. Rosato AE, Lee BS, Nash KA. Inducible macrolide resistance in *Corynebacterium jeikeium*. *Antimicrob Agents Chemother* 2001; 45(7):1982–9.

Таблица 3.18. Экспертные правила интерпретации результатов определения чувствительности *Campylobacter* spp.

№ правила	Микроорганизм(ы)	Индикаторный препарат	Правило распространяется на препараты	Правило	Комментарии	УР	Источник
Макролиды, линкозамиды и стрептограммы							
1	<i>Campylobacter</i> spp.	эритромицин	klarитромицин, азитромицин	ЕСЛИ чувствительный к эритромицину, ТО оцените как чувствительный к кларитромицину и азитромицину. ЕСЛИ резистентный к эритромицину, ТО оцените как резистентный к кларитромицину и азитромицину (специфические пограничные значения для этих препаратов не установлены).		С	

Литература

1. Leclercq R, Cantón R, Brown DF, Giske CG, Heisig P, MacGowan AP, Mouton JW, Nordmann P, Rodloff AC, Rossolini GM, Soussy CJ, Steinbakk M, Winstanley TG, Kahlmeter G. EUCAST expert rules in antimicrobial susceptibility testing. Clin Microbiol Infect. 2013 19(2):141–60.
2. Winstanley T, Courvalin P. Expert systems in clinical microbiology. Clin Microbiol Rev 2011; 24: 515–556.
3. Courvalin P. Interpretive reading of *in vitro* antibiotic susceptibility tests (the antibiogramme). Clin Microbiol Infect 1996; 2 (suppl 1): S26–S34.
4. Livermore DM, Winstanley TG, Shannon KP. Interpretative reading: recognizing the unusual and inferring resistance mechanisms from resistance phenotypes. J Antimicrob Chemother 2001; 48 (suppl 1): 87–102.
5. Livermore DM, Andrews JM, Hawkey PM, Ho PL, Keness Y, Doi Y, Paterson D, Woodford N. Are susceptibility tests enough, or should laboratories still seek ESBLs and carbapenemases directly? J Antimicrob Chemother. 2012;67(7):1569–77.
6. Expected Resistant Phenotypes/ Version 1.2 January 2023.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/.
7. Expected Susceptible Phenotypes Version 1.1 March 2022.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/.
8. Enterobacterales_ExpertRules_V3.3_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
9. Salmonella_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
10. Staphylococcus_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
11. Enterococcus_ExpertRules_V3.3_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
12. Streptococcus_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
13. Pneumococcus_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
14. Haemophilus_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
15. Moraxella_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
16. Corynebacterium_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/
17. Campylobacter_ExpertRules_V3.2_20190613.
https://www.eucast.org/expert_rules_and_intrinsic_resistance/

Часть II. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГРИБОВ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ

Определение чувствительности дрожжевых и мицелиальных возбудителей микозов к противогрибковым лекарственным средствам (ЛС) целесообразно проводить в следующих клинических ситуациях:

- тяжелый (инвазивный) микоз
- неэффективность стартовой терапии
- рецидив инвазивного или поверхностного микоза
- невозможность оценить профиль чувствительности возбудителя на основании видовой идентификации.

Кроме того, определение чувствительности к противогрибковым лекарственным средствам (ЛС) выполняется при проведении эпидемиологических исследований, оценке эпидемиологической ситуации в стационаре/клинике, а также определении активности *in vitro* новых противогрибковых ЛС.

Раздел 1. Референтный метод оценки чувствительности дрожжей и конидиеобразующих мицелиальных грибов к противогрибковым лекарственным средствам – количественное определение МПК противогрибковых средств

1.1. Введение

Методы разведений являются референтными методами оценки чувствительности дрожжей и конидиеобразующих мицелиальных грибов и используются для установления минимальных подавляющих концентраций (МПК) или других соответствующих конечных точек (например, минимальная эффективная концентрация (МЭК)) антимикробных препаратов.

Культуру исследуемого микроорганизма вносят в питательную среду, содержащую различные концентрации противогрибковой фармацевтической субстанции (ФС), и после инкубации оценивают наличие достаточного роста в присутствии различных концентраций (метод микроразведений в бульоне).

МПК/МЭК противогрибкового ЛС – это наименьшая концентрация ЛС, выраженная в мг/л, которая подавляет рост микроорганизма (гриба) в заданной степени (например, 50%, 90% или полное подавление роста) или изменяет характер роста (аберрантный рост). Значение МПК/МЭК свидетельствует о чувствительности или резистентности микроорганизма к противогрибковому ЛС. Эта информация используется при выборе терапии.

Методы разведений используются в основном в научных целях:

- для установления активности новых противогрибковых ЛС;
- для эпидемиологических исследований и сравнения *in vitro* активности новых и используемых ЛС;
- для определения чувствительности микроорганизмов, для которых другие методы определения чувствительности не валидированы или не обеспечивают получения надежных результатов (что яв-

ляется обычным сценарием при определении чувствительности мицелиальных грибов);

- для разрешения сомнительных результатов определения чувствительности, полученных при использовании других методов (например, коммерческих тест-систем).

Методы разведений могут быть использованы при проведении сравнительных исследований между лабораториями с целью оценки качества результатов определения чувствительности дрожжей и мицелиальных грибов к противогрибковым ЛС.

В повседневной практике большинства лабораторий методы разведений используются редко.

Увеличивающееся количество ЛС для терапии инвазивных микозов в сочетании с подтвержденной резистентностью к противогрибковым ЛС некоторых видов и штаммов, требует использования стандартизированной методики для определения *in vitro* чувствительности клинических штаммов дрожжей и мицелиальных грибов как к новым, так и существующим противогрибковым ЛС.

Данный раздел подготовлен на основе:

- рекомендаций EUCAST по определению МПК противогрибковых ЛС методом разведений в бульоне в отношении дрожжей, версия 7.4, октябрь 2023 (EUCAST Definitive document E.DEF 7.4 Method for the determination of broth dilution minimum inhibitory concentrations of antifungal agents for yeasts);
- рекомендаций EUCAST по определению МПК ЛС методом разведений в бульоне в отношении конидиеобразующих мицелиальных грибов, версия 9.4, март 2022 (EUCAST Definitive document E.DEF 9.4 Method for the determination of broth dilution

minimum inhibitory concentrations of antifungal agents for conidia forming moulds);

- рекомендаций EUCAST по проведению повседневной и расширенной программы контроля качества определения МПК и разведений в агаре для дрожжей, мицелиальных конидиеобразующих грибов и дерматомицетов, версия 7.0, 2023 (The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Routine and extended internal quality control for MIC determination and agar dilution for yeasts, moulds and dermatophytes as recommended by EUCAST. Version 7.0, 2023. <http://www.eucast.org>);
- таблиц пограничных значений для интерпретации МПК противогрибковых ЛС, версия 12.0, действующая с 26.06.2025 г. (The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs for antifungal agents, version 12.0, 2025. <http://www.eucast.org>);
- рекомендаций EUCAST по интерпретации МПК противогрибковых ЛС для редких видов дрожжей (EUCAST guidance on Interpretation of MICs for rare yeast without breakpoints in breakpoint tables. 2024-06-19. <http://www.eucast.org>);
- сводной таблицы эпидемиологических точек отсечения и клинически значимых пограничных значений МПК противогрибковых ЛС для дрожжей, плесневых грибов и дерматомицетов, полученных методами EUCAST E.Def 7.4, E.Def 9.4 и E.Def 11.0, версия 6.0, действующая с 26.06.2025 (Overview of antifungal ECOFFs and clinical breakpoints for yeasts, molds and dermatophytes using the EUCAST E.Def 7.4, E.Def 9.4 and E.Def 11.0 procedures, version 6.0, valid from 2025-06-26. <http://www.eucast.org>).

1.2. Область применения

Описанная в данном документе стандартная методика для определения МПК противогрибковых ЛС обеспечивает получение надлежащих результатов оценки чувствительности медицински значимых дрожжей (*Candida* и *Cryptococcus* spp.) и конидиеобразующих мицелиальных грибов. Значения МПК свидетельствует об *in vitro* активности конкретных противогрибковых ЛС при описанных условиях исследования, и вместе с учетом других факторов, таких как фармакокинетика, фармакодинамика и механизмы резистентности, могут быть использованы для принятия терапевтических решений. При наличии установленных пограничных значений МПК также позволяет оценить изоляты как «чувствительные» (Ч), «чувствительные при увеличенной экспозиции» (У), или «резистентные» (Р) к противогрибковым ЛС. Кроме того, распределение МПК может быть использовано для подразделения популяции грибов на «дикий» или «недикий» типы, в зависимости от отношения МПК к видоспецифическим эпидемиологическим точкам отсечения (epidemiological cut-off value, ECOFF).

Результаты определения МПК в значительной степени подвержены влиянию многих технических и лабораторных факторов (например, значение МПК итраконазола в отношении *Aspergillus* spp. в значительной степени зависит от формы лунок планшетов, концентрации инокулюма, температуры и продолжительности инкубации). Поэтому целью данного раздела является описание стандартных условий проведения исследования, включая требования к плотности и процедуре приготовления инокулюма, времени и температуре инкубации, а также составу среды. Описанная методика оценки чувствительности дрожжей и мицелиальных грибов к противогрибковым ЛС обеспечивает стандартизацию процедуры исследования и оценки результатов в различных лабораториях.

1.3. Термины и определения

1.3.1. Противогрибковое ЛС – вещество биологического, полусинтетического или синтетического происхождения, которое подавляет рост или жизнеспособность грибов. Дезинфектанты, антисептики и консерванты к противогрибковым ЛС не относятся.

1.3.2. Фармацевтическая субстанция (ФС) – лекарственное средство в виде одного или нескольких обладающих фармакологической активностью действующих веществ вне зависимости от природы происхождения, которое предназначено для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяет их эффективность.

1.3.2.1. Свойства противогрибковых фармацевтических субстанций

а) **Активность** – фракция испытуемого вещества, проявляющая противогрибковую активность. Активность может быть выражена как:

- массовая доля в мг/г;
- содержание активного вещества в Международных Единицах (МЕ) в грамме;
- объемная доля или массовая доля в процентах;
- концентрация количества вещества (массовая доля) в молях на литр компонентов в исследуемом веществе.

б) **Концентрация** – количество противогрибкового ЛС в определенном объеме жидкости; в единицах системы СИ выражается как мг/л.

1.3.3. Основной раствор – первоначальный раствор, используемый для дальнейших разведений.

1.3.4. Минимальная подавляющая концентрация (МПК) – наименьшая концентрация, которая подавляет рост дрожжей или мицелиальных грибов в определенный период времени; выражается в мг/л.

1.3.5. Пограничные значения

Пограничные значения – специфические значения МПК для оценки изолятов в соответствии с клиническими категориями «чувствительный», «чувствительный при увеличенной экспозиции» и «резистентный». Значения пограничных концентраций могут быть пересмотрены в связи с изменением характеристик ЛС (например, изменение режима дозирования) или при появлении новых микробиологических или эпидемиологических данных.

а) *Чувствительный при стандартном режиме дозирования (Ч)/Susceptible, standard dosing regimen (S)* – изолят оценивается как «Чувствительный при стандартном режиме дозирования» при высокой вероятности эффективности терапии при стандартном режиме дозирования.

б) *Чувствительный при увеличенной экспозиции противогрибкового ЛС (У)/Susceptible, Increased exposure (U)* – изолят оценивается как «Чувствительный при увеличенной экспозиции», при высокой вероятности эффективности терапии при увеличении экспозиции ЛС путем коррекции режима дозирования или благодаря его концентрации в очаге инфекции.

с) *Резистентный (Р)/Resistant (R)* – изолят оценивается как «Резистентный» при высокой вероятности терапевтической неудачи даже при увеличенной экспозиции ЛС.

Примечание. Экспозиция отражает зависимость влияния ЛС на возбудителя в очаге инфекции от пути введения, дозы, интервала дозирования, продолжительности инфузии ЛС, а также его распределения и пути выведения.

1.3.6. **Дикий тип (ДТ)** – изоляты гриба, не имеющие мутационных или других приобретенных механизмов устойчивости к конкретному противогрибковому ЛС, выявляемых фенотипическими методами.

1.3.7. **Недикий тип (НДТ)** – изоляты гриба, обладающие мутационными или другими приобретенными механизмами устойчивости к конкретному противогрибковому ЛС, выявляемыми фенотипическими методами.

Примечания.

а) Дрожжи и мицелиальные грибы классифицируют по клиническим категориям чувствительности (Ч, У, Р) на основании клинических пограничных значений МПК (или диаметров зон подавления роста).

б) Дрожжи и мицелиальные грибы классифицируют как ДТ или НДТ на основании сравнения значений МПК с пороговыми значениями МПК, получивших название «эпидемиологические точки отсечения» (ЕСОFF).

с) Изоляты НДТ имеют один или несколько приобретенных механизмов резистентности, но могут отвечать или не отвечать на терапию данным противогрибковым ЛС, что оценивается на основании клинических пограничных значений.

д) Дикий тип представлен как ДТ $\leq z$ мг/л, не дикий тип как НДТ $> z$ мг/л (где $z = \text{ЕСОFF}$). ЕСОFF представляет собой максимальное значение МПК в отношении изолятов, не имеющих фенотипически выявляемых механизмов резистентности.

е) ЕСОFF могут изменяться лишь при накоплении дополнительной информации по распределениям МПК, указывающей на необходимость коррекции.

1.3.8. **Референтный штамм для контроля качества** – коллекционные, описанные штаммы грибов со стабильными определенными фенотипами и/или генотипами чувствительности к противогрибковому ЛС. Референтные штаммы могут быть получены из коллекций культур и использованы для контроля качества.

1.3.9. Метод определения чувствительности

а) **Метод разведений в бульоне** заключается в приготовлении последовательных разведений (обычно двукратных) противогрибковых ЛС в жидкой среде, с последующей инокуляцией среды стандартным количеством микроорганизмов и инкубацией в течение определенного времени. Целью этого метода является определение МПК.

б) **Метод микроразведений в бульоне** – выполнение метода разведений в бульоне в микропланшетах, состоящих из лунок с номинальной вместительностью приблизительно 300 мкл.

1.3.10. **Питательный бульон** – жидкая питательная среда, используемая для роста грибов *in vitro*.

1.3.11. **Инокулюм** – число дрожжевых клеток или спор/конидий (колониеобразующих единиц), суспендированное в определенном объеме. Концентрация инокулюма выражается в колониеобразующих единицах в 1 миллилитре (КОЕ/мл).

1.4. Процедура исследования

1.4.1. Общие положения

Исследования выполняются в планшетах для микроразведений с плоскодонными лунками.

Для определения чувствительности дрожжей не следует использовать крышки с низким уровнем испарения, так как это влияет на концентрацию кислорода.

Предварительные данные говорят о том, что применение микропланшетов, обработанных для культур тканей или необработанных (tissue-treated и non-tissue-treated), приводят к получению различных значений МПК (неопубликованные данные). Более того, различный тип пластика, по всей видимости, может оказывать влияние на связывание ЛС, что может приводить к изменению МПК. Для изучения этих вопросов необходимо проведение дальнейших исследований. Распределения МПК, полученные EUCAST для установления пограничных значений и ECOFF, были получены с использованием микропланшетов для культур тканей, в связи с чем, с большей вероятностью будут сопровождаться одинаковыми значениями МПК. Процедура предусматривает приготовление рабочих растворов противогрибкового ЛС в объеме 100 мкл в каждой лунке и добавление инокулюма в лунки также в объеме 100 мкл.

1.4.2. Питательная среда

Для определения МПК дрожжей используется синтетическая питательная среда RPMI-1640 (с L-глутамином и рН индикатором, но без бикарбоната) с добавлением глюкозы в конечной концентрации 2% (среда RPMI 2% G). Использование 2%, в отличие от стандартной 0,2% концентрации глюкозы, обеспечивает лучший рост, облегчая тем самым определение конечных точек. Рекомендуемым буфером для среды RPMI-1640 является 3-(N-морфолино) пропансульфоновая кислота (MOPS) в конечной концентрации 0,165 моль/л, при рН 7,0. Состав среды RPMI 1640 приведен в Таблице 1.1.

Для выполнения метода микроразведений в бульоне рекомендуемая питательная среда RPMI 2% G готовится в двойной концентрации, в дальнейшем при добавлении инокулюма в соотношении 1:1 происходит ее разведение на 50% (см. «Приготовление рабочих растворов»).

Приготовление питательной среды RPMI 2% G в двойной концентрации (Таблица 1.2):

1. Добавьте компоненты, указанные в Таблице 1.2, к 900 мл дистиллированной воды.
2. Размешайте компоненты до их полного растворения.
3. Доведите рН до 7,0 путем добавления 1М раствора NaOH и помешивания при 25°C.
4. Добавьте воду до конечного объема равного 1 литру.
5. Простерилизуйте фильтрацией, используя фильтр с диаметром пор 0,22 мкм.
6. Храните при ≤ 4°C (до 6 месяцев).
7. Контроль качества: аликвота стерильной среды используется для проверки стерильности, для повторной проверки рН (допустимые значения – 6,9–7,1) и контроля роста референтного штамма.

Таблица 1.1. Состав среды RPMI-1640

Компонент	г/л
L-аргинин (свободное основание)	0,200
L-аспарагин (безводный)	0,050
L-аспарагиновая кислота	0,020
L-цистеин 2HCl	0,0652
L-глутаминовая кислота	0,020
L-глутамин	0,300
Глицин	0,010
L-гистидин (свободное основание)	0,015
L-гидроксипролин	0,020
L-изолейцин	0,050
L-лейцин	0,050
L-лизин HCl	0,040
L-метионин	0,015
L-фенилаланин	0,015
L-пролин	0,020
L-серин	0,030
L-треонин	0,020
L-триптофан	0,005
L-тирозин 2Na	0,02883
L-валин	0,020
Биотин	0,0002
D-пантотеновая кислота	0,00025
Холина хлорид	0,003
Фолиевая кислота	0,001
Мио-инозитол	0,035
Ниацинамид	0,001
Парааминобензойная кислота	0,001
Пиридоксин HCl	0,001
Рибофлавин	0,0002
Тиамин HCl	0,001
Витамин B ₁₂	0,000005
Нитрат кальция H ₂ O	0,100
Хлорид калия	0,400
Сульфат магния (безводный)	0,04884
Натрия хлорид	6,000
Фосфат натрия, двухосновный (безводный)	0,800
D-глюкоза ^a	2,000
Глютатион, восстановленный	0,001
Феноловый красный, Na	0,0053

^a данная среда содержит 0,2% глюкозу.

Таблица 1.2. Компоненты среды RPMI 2% G

Компонент	Двойная концентрация
Дистиллированная вода	900 мл ^a
RPMI-1640 (Таблица 1.1)	20,8 г
MOPS (3-N-морфолин пропансульфоновая кислота)	69,06 г
Глюкоза	36 г

^a Растворить компоненты в 900 мл дистиллированной воды. После растворения и перемешивания довести рН до 7,0 при 25°C, используя 1 М гидроксид натрия. Добавьте дополнительное количество воды до конечного объема 1 л. Провести стерилизацию с помощью фильтра перед использованием.

1.4.3. Противогрибковые лекарственные средства

1.4.3.1. Общая информация

Все растворы противогрибковых ЛС должны быть приготовлены в соответствии с правилами производства и контроля качества лекарственных средств (Good Manufacturing Practice).

Противогрибковые ЛС в виде субстанций должны быть получены непосредственно от изготовителя или из надежных коммерческих источников. Лекарственные формы ЛС не должны использоваться, поскольку они часто содержат вспомогательные вещества, которые могут повлиять на результаты определения чувствительности.

Для субстанции противогрибковых ЛС должны быть указаны международное непатентованное название, номер партии, активность, срок годности и рекомендуемый режим хранения.

Субстанции следует хранить в закрытых контейнерах при -20°C или ниже с влагопоглотителями, кроме тех случаев, когда производитель рекомендует иное. По возможности гигроскопичные вещества следует распределить в виде аликвот перед замораживанием, и в дальнейшем для каждого исследования использовать одну аликвоту. Чтобы избежать конденсации влаги, перед открытием контейнеры с противогрибковыми ЛС должны достичь комнатной температуры.

1.4.3.2. Приготовление основного раствора

Растворы противогрибковых ФС должны быть приготовлены с учетом активности партии противогрибковой ФС. Расчет массы субстанции ФС или объема растворителя, необходимого для приготовления основного раствора, вычисляют по формулам:

$$\text{Вес (г)} = \frac{\text{Объем (л)} \times \text{Концентрация (мг/л)}}{\text{Активность (мг/г)}}$$

$$\text{Объем (л)} = \frac{\text{Вес (г)} \times \text{Активность (мг/г)}}{\text{Концентрация (мг/л)}}$$

Для приготовления основного раствора следует взвесить навеску противогрибковой ФС на аналитических весах, калиброванных с точностью до двух десятичных знаков при взвешивании 100 мг. Масса навески для приготовления основного раствора должна быть минимум в 10–100 раз больше, чем погрешность весов. Основной раствор готовится в концентрации как минимум в 200 раз превышающей максимальную концентрацию, которая будет использоваться для определения чувствительности в микропланшете. Информация о растворимости противогрибковых ФС должна быть

указана производителем. Информация о растворителях, рекомендуемых для растворения противогрибковых ФС, приведена в Таблицах 1.3 и 1.4. Перед заморозкой основного раствора очень важно убедиться в том, что ФС растворилась полностью. Некоторые противогрибковые ФС характеризуются плохой растворимостью, что может приводить к искусственно завышенным значениям МПК. Эта проблема может быть решена путем помещения пробирок с основным раствором в лабораторный шейкер на ≥ 1 час перед продолжением работы. Обычно стерилизовать основной раствор не требуется. При необходимости стерилизации, эта процедура должна быть валидирована соответствующими методами (например, путем анализа образцов, полученных до и после фильтрации), чтобы убедиться, что ФС не адсорбируются (например, на стерильный фильтр) или не разлагаются в процессе стерилизации.

Основные растворы хранятся небольшими объемами в стерильных полипропиленовых или полиэтиленовых пробирках/небольших флаконах при температуре $\leq -70^{\circ}\text{C}$, если иное не указано производителем ФС. При температуре -70°C растворы противогрибковых ФС (включая эхинокандины) могут храниться как минимум 6 месяцев без значительного снижения активности*.

Основные растворы, хранящиеся при температуре -70°C , можно использовать только в день их размораживания. Если раствор не использован в этот день, его необходимо утилизировать. Значительное снижение качества противогрибковой ФС будет отражаться на результатах исследования чувствительности контрольных штаммов (раздел 1.4.11, таблица 1.10, www.eucast.org). Если необходимо, следует проверить активность ФС.

1.4.3.3. Приготовление рабочих растворов

Диапазон концентраций для исследования зависит от микроорганизма и противогрибкового ЛС. Выбранный диапазон концентраций должен включать пограничные значения (если они установлены), а также диапазон ожидаемых значений для контрольных штаммов. Рекомендуемые диапазоны концентраций противогрибковых ЛС приведены в Таблицах 1.3 и 1.4. Последовательные двукратные разведения (в два раза меньше и больше 1 мг/л) готовят в среде RPMI 2% G с двойной концентрацией ингредиентов. Далее RPMI 2% G с двойной концентрацией ингредиентов и противогрибковой ФС вносят в лунки планшетов, содержащих RPMI 2% G с двойной концентрацией ингредиентов и ФС, в соотношении 1:1 достигается необходимая окончательная концентрация ФС и ингредиентов среды. Такой подход позволяет использовать дистиллированную воду для приготовления инокулюма исследуемого микроорганизма.

* По данным НИИ медицинской микологии им. П.Н.Кашкина ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России основной раствор следует хранить при -20°C , при -70°C наблюдается снижение активности ФС.

Таблица 1.3. Растворители для приготовления основных растворов, свойства и рекомендуемые диапазоны исследуемых концентраций противогрибковых фармацевтических субстанций: дрожжи

Противогрибковая ФС	Растворитель	Свойства	Исследуемые диапазоны (мг/л)
Амфотерицин В	ДМСО ^а	Гидрофобный	0,008–4
Анидулафунгин	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Вориконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Изавуконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Итраконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Каспофунгин	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Микафунгин	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Позаконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Флуконазол	ДМСО/Вода ^б	Гидрофобный/гидрофильный	0,125–64
Флуцитозин	Вода	Гидрофильный	0,125–64

^а ДМСО – диметилсульфоксид.

^б В соответствии с инструкциями производителя. Оригинальная чистая субстанция (Pfizer) легко растворима в воде. Субстанция производства Sigma-Aldrich обладает высокой гидрофобностью и плохо растворима в воде, в связи с чем ее следует растворять в ДМСО в соответствии с рекомендациями производителя. (www.sigmaaldrich.com/catalog/ProductDetail.do?lang=en&N4=F8929|SIGMA&N5=SEARCH_CONCAT_PNO|BRAND_KEY&F=SPEC).

Разведения следует готовить согласно стандарту ISO 20776–1:2006 / ГОСТ Р ИСО 20776–1–2010. Пример альтернативной схемы с использованием меньших объемов для приготовления последовательности разведений с конечной концентрацией 0,125–64 мг/л представлен в Таблице 1.5 (необходимые растворители для противогрибковых ЛС см. в Таблице 1.3 и 1.4).

Таблица 1.4. Растворители для приготовления основных растворов, свойства и рекомендуемые диапазоны исследуемых концентраций противогрибковых фармацевтических субстанций: мицелиальные конидиеобразующие грибы

Противогрибковая ФС	Растворитель	Свойства	Исследуемые диапазоны (мг/л)
Амфотерицин В	ДМСО ^а	Гидрофобный	0,03–16
Анидулафунгин	ДМСО	Гидрофобный	0,03–16
Вориконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,03–16
Изавуконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,03–16
Итраконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,0016–8
Каспофунгин	ДМСО	Гидрофобный	0,008–4
Микафунгин	ДМСО	Гидрофобный	0,03–16
Позаконазол	ДМСО	Гидрофобный	0,0016–8

^а ДМСО – диметилсульфоксид.

Этапы приготовления рабочих растворов (с концентрацией в 2 раза превышающей конечную):

1. Достаньте пробирку с раствором противогрибковой ФС из морозильной камеры (-70°C). Некоторые противогрибковые ФС характеризуется медленной растворимостью, что может привести к искусственному увеличению значений МПК. Для преодоления этой проблемы поместите пробирку исходным раствором в лабораторный шейкер на ≥ 1 час, перед продолжением работы.

2. Отмерьте соответствующие объемы растворителя (см. Таблица 1.3 и 1.4 – растворители и Таблица 1.5 и 1.6 – объем растворителей) в 9 пробирок.

3. Следующие шаги для приготовления основных растворов (сконцентрациями в 200 раз превышающими конечные) для серии разведений с конечными

Таблица 1.5. Схема ГОСТ Р ИСО 20776–1–2010 приготовления серии разведений противогрибковых фармацевтических субстанций с конечными концентрациями 0,125–64 мг/л^а

Этап	Концентрация (мг/л)	Источник	Объем раствора противогрибковой ФС (мкл)	Объем растворителя ^а (мкл)	Промежуточная концентрация	Концентрация (мг/л) после разведения 1:100 в двойной концентрации среды RPMI 2% G ^б
1	12 800 ^с	Основной раствор	200	0	12 800	128
2	12 800	Основной раствор	100	100	6 400	64
3	12 800	Основной раствор	50	150	3 200	32
4	12 800	Основной раствор	50	350	1 600	16
5	1600	Этап 4	100	100	800	8
6	1600	Этап 4	50	150	400	4
7	1600	Этап 4	50	350	200	2
8	200	Этап 7	100	100	100	1
9	200	Этап 7	50	150	50	0,5
10	200	Этап 7	25	175	25	0,25

^а Информация о растворителях, необходимых для разведения противогрибковых ФС – см. Таблица 1.3.

^б Разведение 1:1 с инокулюмом обеспечивает формирование конечных концентраций равных половине от указанных.

^с Для приготовления последовательных разведений с максимальными конечными концентрациями 16 мг/л или 8 мг/л начинают с основных концентраций 3200 мг/л и 1600 мг/л, соответственно.

Таблица 1.6. Схема ГОСТ Р ИСО 20776–1–2010 приготовления серии разведений противогрибковых фармацевтических субстанций с конечной концентрацией 0,03–16 мг/л

Этап	Концентрация (мг/л)	Источник	Объем раствора противогрибковой ФС (мкл)	Объем растворителя ^а (мкл)	Промежуточная концентрация	Концентрация (мг/л) после разведения 1:100 в двойной концентрации среды RPMI 2% G ^б
1	3200 ^с	Основной раствор	200	0	3200	32
2	3200	Основной раствор	100	100	1600	16
3	3200	Основной раствор	50	150	800	8
4	3200	Основной раствор	50	350	400	4
5	400	Этап 4	100	100	200	2
6	400	Этап 4	50	150	100	1
7	400	Этап 4	50	350	50	0,5
8	50	Этап 7	100	100	25	0,25
9	50	Этап 7	50	150	12,5	0,125
10	50	Этап 7	25	175	6,25	0,06

^а Информация о растворителях, необходимых для разведения противогрибковых ФС – см. Таблица 1.4.

^б Разведение 1:1 с инокулюмом обеспечивает формирование конечных концентраций равных половине от указанных.

^с Для приготовления последовательных разведений с максимальной концентрацией 8 мг/л начинают с основной концентрации равной 1600 мг/л.

концентрациями 0,125–64 мг/л описаны в Таблице 1.5. Для приготовления последовательности разведений 0,03–16 мг/л и 0,015–8 мг/л необходимы аналогичные схемы разведения основных растворов с концентрацией 3200 мг/л или 1600 мг/л (этап 1 Таблица 1.6) соответственно.

4. Внесите 9,9 мл среды RPMI 2% G с двойной концентрацией в 10 пробирок.

5. По 100 мкл содержимого каждой пробирки с 200-кратной конечной концентрацией противогрибковой ФС в растворителе перенесите в 10 пробирок с 9,9 мл питательной среды (разведение 1:100). После этого концентрация растворителя в питательной среде составит 1%, а концентрация противогрибковой ФС будет в 2 раза превышать необходимую конечную концентрацию.

Возможно использование альтернативных схем разведения противогрибковых ФС. В этом случае необходимо валидировать результаты, получаемые с помощью альтернативных схем разведения, по отношению к результатам, полученным с помощью референтной методики.

1.4.4. Подготовка микроразведений в планшетах

Для определения чувствительности грибов в противогрибковым ЛС следует использовать стерильные одноразовые пластиковые 96-луночные планшеты для микроразведений с плоскодонными лунками номинальной ёмкостью 300 мкл. Нельзя использовать планшеты, изготовленные из пластика с высокой степенью связывания.

В лунки каждого вертикального ряда планшета – с 1 по 10 – внесите по 100 мкл содержимого каждой пробирки с соответствующей концентрацией (в 2 раза превышающей финальную) противогрибковой ФС. Например, применительно к итраконазолу, в первый

вертикальный ряд вносится питательная среда, содержащая 16 мг/л, во второй – питательная среда, содержащая 8 мг/л, и так далее; в 10 вертикальный ряд вносится питательная среда, содержащая 0,03 мг/л ФС.

В лунки 11 и 12 вертикального ряда внесите по 100 мкл RPMI 2% G с двойной концентрацией ингредиентов.

Таким образом, каждая лунка 1–10 рядов будет содержать 100 мкл RPMI 2% G с двойных концентраций ингредиентов, двойной концентрацией противогрибковой ФС и 1% растворителя, ряды 11 и 12 – среду RPMI 2% G с двойной концентрацией ингредиентов.

1.4.5. Хранение планшетов

Планшеты следует поместить в пластиковые пакеты или фольгу и хранить в замороженном виде при температуре ≤ -70°C в течение 6 месяцев или -20°C не более 1 месяца для исключения потери активности противогрибковой ФС.

Эхинокандины характеризуются более низкой стабильностью, поэтому приготовленные планшеты должны храниться при -70°C (но не при -20°C).

Размороженные планшеты не следует повторно замораживать. Планшеты должны использоваться немедленно после оттаивания. Значения МПК анидулафунгина, например, могут увеличиться, если планшеты оставляют на некоторое время при комнатной температуре после оттаивания до инокуляции.

1.4.6. Подготовка инокулюма

Важным условием получения точных и воспроизводимых результатов оценки чувствительности к противогрибковым ЛС является стандартизация инокулюма.

Дрожжи	Конидиеобразующие мицелиальные грибы
<p>Конечная концентрация инокулюма должна составлять $0,5-2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл.</p> <p>Метод суспендирования колоний</p> <p>Для определения чувствительности следует использовать 18–48-часовую культуру дрожжей, выросшую при температуре 34–37°C в аэробных условиях на неселективном питательном агаре (агар Сабуро или картофельно-декстрозный агар).</p> <p>Материал 5 изолированных колоний, (диаметром ≥ 1 мм при использовании 24-часовой культуры) в пробирку, содержащую минимум 3 мл стерильной дистиллированной воды.</p> <p>Равномерно перемешайте инокулюм путем встряхивания на вортексе при 2000 об/мин в течение 15 с. Оптическая плотность инокулюма, измеренная спектрофотометром при длине волны 530 нм, должна соответствовать 0,5 по стандарту мутности МакФарланда. При необходимости добавьте стерильную дистиллированную воду. Для измерения концентрации суспензии рекомендуется использовать фотометрические устройства, которые должны быть калиброваны по стандарту мутности 0,5 по МакФарланду.</p> <p>Полученная суспензия содержит $1-5 \times 10^6$ КОЕ/мл.</p> <p>Разведите полученную стандартную суспензию стерильной дистиллированной водой в соотношении 1:10 до плотности $1-5 \times 10^5$ КОЕ/мл.</p> <p>Cryptococcus spp.</p> <p><i>Cryptococcus</i> spp. относятся к неферментирующим микроорганизмам. Отсутствие ферментации препятствует росту в планшетах для микроразведений, подготовленных в соответствии с протоколами CLSI и EUCAST. В настоящее время, согласно результатам недавно проведенного комплексного исследования по оценке параметров определения чувствительности <i>Cryptococcus</i> spp., процедуру рекомендуется проводить в соответствии с методологией EUCAST (питательная среда RPMI 2% G, окончательная плотность инокулюма $0,5 \times 10^5$ и $2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл, инкубация без встряхивания и учет результатов при значении оптической плотности на 0,2 единицы, превышающей базовый уровень).</p> <p>В случаях недостаточного роста рекомендуется повторить исследование с инкубацией планшета при температуре 30°C.</p>	<p>Конечная концентрация инокулюма мицелиальных грибов должна находиться в диапазоне $1-2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл.</p> <p>Метод суспендирования спор/конидий</p> <p>Для приготовления инокулюма используют культуру, выращенную на картофельно-декстрозном агаре или агаре Сабуро, или на другой питательной среде, обеспечивающей хорошее спорообразование, при 35°C. Суспензии инокулюма готовят из свежих зрелых (возрастом 2–5 суток) культур. В некоторых случаях для хорошей споруляции изолята требуется более длительная инкубация.</p> <p>Колонии покрывают примерно 5 мл стерильной воды с добавлением 0,1% Твин-20. Затем конидии тщательно смывают стерильным хлопковым тампоном и переносят с помощью пипетки в стерильную пробирку.</p> <p>Альтернативный метод: увлажненным стерильным хлопковым тампоном, осторожно касаясь культуры и переносят споры в стерильную пробирку, содержащую 5 мл воды с добавлением Твин-20.</p> <p>Суспензию тщательно перемешивают на вортексе со скоростью примерно 2000 оборотов в минуту в течение 15 секунд. Обычно достижение надлежащей концентрации контролируют с помощью гемоцитометра (см. далее: комментарий для альтернативной процедуры для грибов рода <i>Aspergillus</i>).</p> <p>Полученный инокулюм необходимо исследовать на наличие гиф или комочков. При обнаружении значительного числа гиф (> 5% грибных структур) перенесите 5 мл суспензии в стерильный шприц, и профильтруйте инокулюм через стерильный фильтр с диаметром пор 11 мкм в стерильную пробирку.</p> <p>Этот этап устраняет гифы и обеспечивает получение суспензии, содержащей конидии.</p> <p>При обнаружении комочков суспензию повторно встряхивают на вортексе в течение 15 секунд. Этот этап можно повторять несколько раз до полного исчезновения комочков. С помощью стерильной дистиллированной воды необходимо довести концентрацию суспензии до $2-5 \times 10^6$ конидий/мл, определяя количество конидий с помощью гемоцитометра. Альтернативно, при фильтрации суспензии конидий <i>Aspergillus</i> можно использовать спектрофотометр для установления концентрации суспензии, эквивалентной 0,5 единицы по стандарту мутности МакФарланда.</p> <p>Далее суспензию разводят 1:10 стерильной дистиллированной водой для получения конечной рабочей концентрации инокулюма $2-5 \times 10^5$ КОЕ/мл.</p>

1.4.7. Инокуляция планшетов для микроразведений

Дрожжи	Конидиеобразующие мицелиальные грибы
<p>Для сохранения концентрации жизнеспособных клеток/конидий инокулюм должен быть внесен в планшеты для микроразведений в течение 30 минут с момента его приготовления.</p> <p>Перед инокуляцией планшетов встряхните суспензию.</p> <p>В каждую лунку планшета для микроразведений внесите по 100 мкл суспензии исследуемого микроорганизма плотностью $1-5 \times 10^5$ КОЕ/мл, не касаясь наконечником дозатора содержимого лунки. После внесения суспензии в лунку планшета конечная концентрация противогрибковой ФС и плотность инокулюма достигнут требуемого уровня (конечная концентрация инокулюма $0,5-2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл).</p>	<p>Для сохранения концентрации жизнеспособных клеток/конидий инокулюм должен быть внесен в планшеты для микроразведений не позднее, чем через 30 минут с момента его приготовления.</p> <p>Перед инокуляцией планшетов встряхните суспензию на вортексе.</p> <p>В каждую лунку планшета для микроразведений внесите по 100 мкл суспензии исследуемого микроорганизма плотностью $2-5 \times 10^5$ КОЕ/мл (конидии), не касаясь наконечником дозатора содержимого лунки. После внесения суспензии конечная концентрация противогрибковой ФС и плотность инокулюма в лунках планшета достигнут требуемого уровня (конечная концентрация инокулюма $1-2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл).</p>

Дрожжи	Конидиеобразующие мицелиальные грибы
<p>В лунку контроля роста (вертикальный ряд 11), содержащую 100 мкл стерильной, не содержащей ФС, среды, внесите 100 мкл этого же инокулюма.</p> <p>В 12-й ряд планшета для микроразведений внесите 100 мкл стерильной дистиллированной воды, используемой для приготовления инокулюма, для контроля стерильности среды и дистиллированной воды (только среды, не содержащей ФС).</p> <p>При каждом проведении исследования проводите определение чувствительности референтного штамма.</p>	<p>В лунку контроля роста (вертикальный ряд 11), содержащую 100 мкл стерильной, не содержащей ФС, среды, внесите 100 мкл этого же инокулюма.</p> <p>В 12-й ряд планшета для микроразведений внесите 100 мкл стерильной дистиллированной воды, используемой для приготовления инокулюма, для контроля стерильности среды и дистиллированной воды (только среды, не содержащей ФС).</p> <p>При каждом проведении исследования проводите определение чувствительности референтного штамма.</p>
Контроль концентрации инокулюма	
<p>Для контроля надлежащей концентрации инокулюма ($1-5 \times 10^5$ КОЕ/мл) и жизнеспособности исследуемого микроорганизма гомогенизируйте суспензию с помощью вращающегося вортекса при 2000 об/мин.</p> <p>Стерильной бактериологической петлей (калиброванной на объем 10 мкл) нанесите и равномерно распределите 10 мкл суспензии на поверхности агара в чашках Петри (Сабуро-декстрозный агар или хромогенный агар) и инкубируйте в течение 24–48 часов или до получения возможности убедиться в чистоте культуры.</p> <p>Дополнительно перенесите 50 мкл этой суспензии в 4,95 мл стерильной дистиллированной воды, тщательно перемешайте, 10 мкл полученной суспензии распределите по поверхности чашки с агаром.</p> <p>Ожидаемый результат после инкубации – рост 10–50 колоний.</p> <p>Эту процедуру рекомендуется выполнять для каждого изолята в следующих случаях: в процессе внедрения методики в лаборатории, при нерегулярном выполнении исследования в лаборатории, при получении неопределенных результатов, а также с периодичностью, определяемой лабораторной необходимостью.</p>	<p>Для контроля надлежащей концентрации инокулюма в ячейках микропланшета ($1-2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл) 10 мкл инокулюма внесите в 2 мл стерильной дистиллированной воды с добавлением 0,1% Твин-20 и перемешайте на вортексе при 2000 об/мин.</p> <p>Далее 100 мкл этой суспензии равномерно распределите по поверхности соответствующей агаризованной питательной среды (Сабуро-декстрозный агар или картофельно-декстрозный агар) и инкубируйте в течение 24–48 ч или до получения возможности произвести подсчет колоний.</p> <p>Рост от 100 до 250 колоний свидетельствует о надлежащей концентрации инокулюма для определения чувствительности.</p> <p>Дополнительно перенесите 100 мкл суспензии в 900 мкл стерильной дистиллированной воды с добавлением 0,1% Твин-20 и перемешайте с помощью вортекса; 100 мкл полученного разведения нанесите на поверхность агаризованной среды. Этот этап позволит получить оптимальное для подсчета количество колоний; ожидаемый результат – рост 10–50 колоний.</p> <p>Эту процедуру рекомендуется выполнять для каждого изолята в следующих случаях: в процессе внедрения методики в лаборатории, при нерегулярном проведении исследования, при получении неопределенных результатов, а также с периодичностью, определяемой лабораторной необходимостью.</p>

1.4.8. Инкубация планшетов для микроразведений

Дрожжи	Конидиеобразующие мицелиальные грибы
<p>Инкубируйте планшеты для микроразведений без встряхиваний при температуре $35 \pm 2^\circ\text{C}$ в аэробных условиях 24 ± 2 часа. Оптическая плотность $\leq 0,2$ указывает на слабый рост и чаще всего наблюдаются у штаммов <i>Candida parapsilosis</i> и <i>Meyerozyma guilliermondii</i> (<i>C. guilliermondii</i>).</p> <p>Такие планшеты следует повторно инкубировать еще 12–24 часа, а затем повторно учесть результаты.</p> <p>Если оптическая плотность не достигает 0,2 после 48-часовой инкубации, учитывать результаты исследования нельзя.</p> <p>При определении чувствительности <i>Cryptococcus</i> spp. планшеты следует инкубировать при 30°C в течение 48 ч; если оптическая плотность $\leq 0,2$ после 48 часов инкубации, следует повторить исследование, инкубируя планшеты при 30°C.</p>	<p>Инкубацию микропланшетов следует проводить без встряхивания при $34-37^\circ\text{C}$ в обычной атмосфере.</p> <p>Учет результатов определения чувствительности изолятов <i>Mucorales</i> следует проводить после 24 часов инкубации при наличии удовлетворительного роста, других мицелиальных грибов – спустя 48 часов.</p> <p>В некоторых случаях для получения удовлетворительного роста в контрольной лунке (например, для <i>Scedosporium</i> spp.) может потребоваться дополнительный 24-часовой период инкубации.</p> <p>Продолжение инкубации более 72 часов не рекомендовано.</p>

1.4.9. Учет результатов

Дрожжи	Конидиеобразующие мицелиальные грибы
<p>Для учета результатов следует использовать ридер планшетов для микроразведений.</p> <p>Рекомендуемая длина волны для измерения оптической плотности в лунках планшетов равна 530 нм, но учет можно проводить также и при длине волны 405 нм или 450 нм.</p> <p>Значение оптической плотности в лунке без ЛС вычитается из значения, полученного для каждой исследуемой лунки.</p> <p>Амфотерицин В</p> <p>МПК амфотерицина В – наименьшая концентрация, вызывающая подавление роста $\geq 90\%$ от показателя контроля роста в лунке без ЛС.</p> <p>Флуцитозин, азолы и эхинокандины</p> <p>МПК флуцитозина (5-фторцитозин), азолов и эхинокандинов – наименьшая концентрация, вызывающая подавление роста $\geq 50\%$ от показателя контроля роста в лунке без противогрибковой ФС</p>	<p>Конечная точка роста учитывается визуально путем оценки степени роста в каждой ячейке (определение МПК) или путем оценки морфологических изменений признаков роста (конечная точка МЭК в зависимости от противогрибкового ЛС). Следующие положения являются важными для каждого из перечисленных ниже метода определения конечной точки: не учитываются 1) единичные колонии на поверхности среды или на дне ячейки (визуальный учет результатов); 2) единичные ячейки без признаков роста между ячейками с ростом микроорганизма («пропущенные ячейки») и 3) рост в ячейках с высокими концентрациями после полного подавления роста при низких концентрациях (парадоксальный рост, потеря активности в следствие агрегации/преципитации иногда встречается, например, в лунках с высокими концентрациями итраконазола и позаконазола).</p> <p>При визуальном учете результатов значение МПК амфотерицина В, азолов и олоррфима : наименьшая концентрация, приводящая к отсутствию видимого невооруженным глазом роста.</p> <p>При учете результатов рекомендуется просматривать планшет на фоне горизонтально расположенного листа бумаги с чередующимися черными и белыми полосами. Если приподнять планшет над этим фоном, через лунки, где нет роста микроорганизма, граница между черным и белым цветом определяется четко (Рисунок 1.1).</p> <p>При учете результатов с помощью спектрофотометра: МПК (конечная точка) амфотерицина и азолов в отношении <i>A. fumigatus</i> – наименьшая концентрация препарата вызывающая снижение оптической плотности (ОП) $\geq 90\%$ (рекомендуемые значения длин волн: 405, 490, 540 нм) по сравнению с контрольной лункой, не содержащей препарата. В связи с недостатком данных рекомендации по учету результатов с помощью спектрофотометра для видов, кроме <i>A. fumigatus</i>, отсутствуют. Если при учете результатов с помощью спектрофотометра значения МПК для изолятов <i>A. fumigatus</i>, находятся выше пограничных значений, результаты следует проверить визуально (с целью выявления признаков контаминации или очень неравномерного роста); изоляты, резистентные к азолам, следует направить в рефернтную лабораторию для секвенирования гена <i>sur51A</i>.</p> <p>Минимальная эффективная концентрация (МЭК) – показатель, используемый для определения активности эхинокандинов и отражающий наименьшую концентрацию этих ЛС, которая приводит к образованию атипичных, коротких и разветвленных кластеров гиф, отличающихся от нормальных длинных, неветвящихся элементов гиф в контрольной ячейке (Рисунок 1.2–1.3). В некоторых случаях МЭК может быть установлена невооруженным глазом как наименьшая концентрация ЛС, которая приводит к макроскопическим изменениям от длинных элементов, сходных с ростом в контрольной лунке, до микроколоний или гранулярного роста (который не следует принимать во внимание), что встречается редко.</p> <p>Если визуально изменения не определяются, для выявления морфологических изменений, вызванных противогрибковым ЛС, необходимо исследовать небольшой объем содержимого лунок под микроскопом или использовать инвертированный микроскоп для визуализации изменений непосредственно в лунках планшета (Рис 1.3).</p>



Рис. 1.1. Учет результатов определения чувствительности мицелиальных грибов с использованием фона с чередующимися черными и белыми полосами: нет роста микроорганизмов – четкая граница между черным и белым цветом (ячейка, обведенная зеленым цветом); слабый рост (ячейки, обведенные оранжевым цветом); видимый рост (ячейки, обведенные красным цветом).

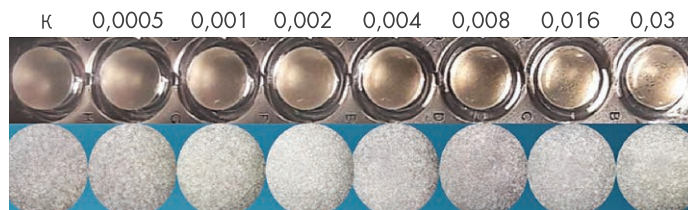


Рис. 1.2. Учет результатов определения МЭК анидулафунгина в отношении изолята *A. fumigatus* дикого типа: макроскопически (верхняя панель) и микроскопически (нижняя панель, инвертированная микроскопия): МЭК – 0,008 мг/л – трудно определяется при визуальном учете, может быть подтверждена микроскопически (Рис. 3)

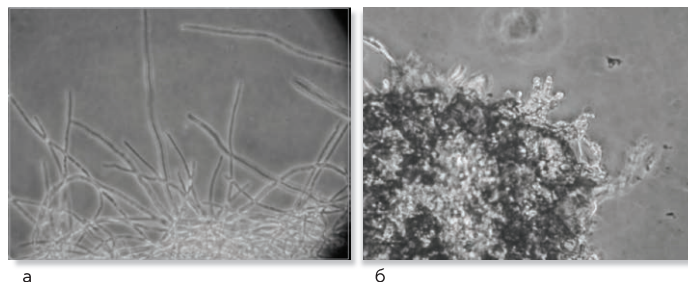


Рис. 1.3. Микропрепараты, иллюстрирующие микроморфологические различия между неингибированным ростом *A. fumigatus* в контрольной лунке (а) с длинными изящными гифами и штаммом *A. fumigatus*, рост которого подавлен каспифунгином (б), с образованием атипичных «обрезанных» гиф

1.4.10. Интерпретация результатов

Дрожжи	Конидиеобразующие мицелиальные грибы
<p>В настоящее время пограничные значения установлены EUCAST для оценки чувствительности представителей рода <i>Candida</i> к большинству ЛС, активных в отношении дрожжей (Таблица 1.14, www.eucast.org).</p> <p>Если пограничные значения для комбинации микроорганизм/ЛС не установлены, интерпретацию МПК следует осуществлять с осторожностью с учетом любых доступных данных, включая клинический опыт, экспозицию ЛС во время терапии и т.д. В то же время, значения МПК могут сами по себе представлять некоторую информацию о чувствительности микроорганизма и, что очень важно, являться предпосылкой для определения ECOFF и установления пограничных значений в дальнейшем.</p>	<p>Пограничные значения установлены EUCAST для оценки чувствительности <i>Aspergillus</i> spp. к амфотерицину В, изавуконазолу, итраконазолу, позаконазолу и вориконазолу (Таблица 1.11–1.13, www.eucast.org).</p> <p>На настоящий момент нет данных, позволяющих определить корреляцию между МЭК эхинокандинов и исходами терапии.</p> <p>Интерпретация МПК для других мицелиальных грибов в отсутствие пограничных значений является достаточно сложной и должна проводиться с осторожностью с учетом любых доступных данных, включая клинический опыт, экспозицию ЛС во время терапии и т.д. Тем не менее, значения МПК могут сами по себе представлять некоторую информацию о чувствительности микроорганизма и, что очень важно, являться предпосылкой для определения ECOFF и установления пограничных значений в дальнейшем.</p>

Режимы дозирования противогрибковых ЛС у взрослых, на основании которых установлены пограничные значения EUCAST, приведены в таблице 1.18.

1.4.11. Контроль качества

Проведение контроля качества с использованием контрольных штаммов является необходимым условием обеспечения достоверных результатов определения чувствительности. МПК для контрольных штаммов должны находиться в пределах диапазонов допустимых значений.

Контрольные штаммы

Контрольные штаммы микроорганизмов, диапазоны допустимых значений и целевые значения для каждой комбинации контрольный микроорганизм – противогрибковое ЛС, представлены в таблице 1.7–1.13.

Приведенные диапазоны допустимых значений и целевые значения установлены EUCAST.

Два наиболее часто используемых контрольных штамма – *C. parapsilosis* ATCC 22019 (РКПГ-1245) и *Pichia kudriavzevii* (*C. krusei*) ATCC 6258 являются недостаточно чувствительными для выявления изменений активности каспофунгина, для этой цели могут использоваться *C. albicans* ATCC 64548 или *C. albicans* ATCC 64550.

Контрольные штаммы должны быть получены из надежных коллекций, таких как Американская коллекция типовых культур (ATCC), Национальная коллекция патогенных грибов (NCPF), Центральное бюро культур грибов (CBS), Российская коллекция патогенных грибов (РКПГ, г. Санкт-Петербург) или от коммерческих поставщиков, гарантирующих надлежащее качество.

Хранение и обращение контрольных штаммов

Культуры грибов должны храниться в замороженном при температуре $\leq -60^{\circ}\text{C}$ или лиофилизированном виде. В течение ≤ 2 недель культуры могут храниться на агаре Сабуро или картофельно-декстрозном агаре при $2-8^{\circ}\text{C}$; свежие культуры готовятся из замороженных запасов каждые две недели.

Для повседневного использования свежие культуры контрольных штаммов получают на неселективной питательной агаризованной среде (например, агаре Сабуро или картофельно-декстрозном агаре).

Повседневный контроль качества

Целью повседневного контроля качества с использованием контрольных штаммов, является общий контроль выполнения метода (материалы, инокулюм, инкубация, учет результатов и т. д.).

Повседневная процедура контроля качества предполагает регулярное определение чувствительности как минимум двух контрольных штаммов, имеющих различные диапазоны допустимых значений МПК. Если исследования по оценке чувствительности грибов в лаборатории выполняются нерегулярно, контрольные исследования проводятся параллельно с каждым исследованием независимо от его целей (диагностической или научной).

При оценке чувствительности плесневых конидиеобразующих грибов к противогрибковым ЛС оценку чувствительности контрольных штаммов требуется проводить параллельно с каждым исследованием.

Минимум один контрольный штамм должен использоваться при каждой постановке и значение МПК должно находиться в пределах допустимого диапазона. Два или более контрольных штамма следует использовать в том случае, если МПК контрольного штамма находится за пределами диапазона исследуемых концентраций одного или нескольких противогрибковых ЛС.

При получении каждой новой партии материалов (новых планшетов для микроразведений, среды RPMI-1640 2% G) необходимо убедиться, что значения МПК по меньшей мере двух контрольных штаммов, из перечисленных в Таблицах 1.7–1.13 (www.eucast.org), находятся в пределах диапазонов допустимых значений.

Если МПК контрольных штаммов находятся за пределами диапазона допустимых значений, необходимо повторить исследование.

При повторных исследованиях контрольных штаммов, получаемые значения МПК случайным образом должны располагаться в пределах установленных диапазонов допустимых значений (Таблица 1.7–1.13). При наличии ≥ 10 результатов тестирования комбинации контрольный штамм – противогрибковое ЛС, мода полученных значений МПК должна соответствовать целевому значению.

Если > 1 из 20 последовательных результатов определения чувствительности контрольного штамма находится за пределами допустимого диапазона, следует выявить источник ошибки.

Повседневная и расширенная программа контроля качества: целевые и допустимые диапазоны значений МПК роста контрольных штаммов

Таблица 1.7. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Pichia kudriavzevii* (*C. krusei*) ATCC 6258

Противогрибковое ЛС	МПК ^a (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	0,25–0,5	0,125–1
Анидулафунгин	0,03	0,016–0,06
Каспофунгин	НП ⁶	НП ⁶
Флуконазол	32	16–64
Флуцитозин	2	1–4
Изавуконазол	0,03	0,016–0,06
Итраконазол	0,06	0,03–0,125
Микафунгин	0,06	0,03–0,125
Позаконазол	0,03	0,004–0,03
Резафунгин ^{##}	0,008–0,016	0,004–0,03
Вориконазол	0,06–0,125	0,03–0,25

^a Учет результатов определения чувствительности контрольных штаммов *Candida* после одного дня инкубации требуется проводить с помощью спектрофотометра.

⁶ НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резифунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.8. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Candida parapsilosis* ATCC 22019

Противогрибковое ЛС	МПК ^а (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	0,25–0,5	0,125–1
Анидулафунгин	0,5	0,25–1
Каспофунгин	НП ^б	НП ^б
Флуконазол	1	0,5–2
Флуцитозин	0,25	0,125–0,5
Изавуконазол	0,016	0,008–0,03
Итраконазол	0,06	0,03–0,125
Микафунгин	1	0,5–2
Позаконазол	0,03	0,016–0,06
Резафунгин ^{##}	0,25–0,5	0,125–1
Вориконазол	0,03	0,016–0,06

^а Учет результатов определения чувствительности контрольных штаммов *Candida* после одного дня инкубации требуется проводить с помощью спектрофотометра.

^б НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резафунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.9. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Candida albicans* CNM-CL F8555^а

Противогрибковое ЛС	МПК ^б (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	0,125–0,25	0,06–0,5
Анидулафунгин	НП ^б	НП ^б
Каспофунгин	НП ^б	НП ^б
Флуконазол	64	32–128
Флуцитозин	0,125	0,06–0,25
Изавуконазол	НП ^б	НП ^б
Итраконазол	0,5	0,25–1
Микафунгин	НП ^б	НП ^б
Позаконазол	0,25	0,125–0,5
Резафунгин ^{##}	0,004	0,002–0,008
Вориконазол	1	0,5–2

^а CNM-CL – Коллекция дрожжей Испанского национального центра микробиологии. Контрольные штаммы депонированы в Коллекции культур Университета г. Гетеборга, Швеция <https://www.ccug.se/from>

^б Учет результатов определения чувствительности контрольных штаммов *Candida* после одного дня инкубации требуется проводить с помощью спектрофотометра.

^б НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резафунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.10. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Pichia kudriavzevii* (C. krusei) CNM-CL 3403^а

Противогрибковое ЛС	МПК ^б (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	0,5	0,25–1
Анидулафунгин	НП ^б	НП ^б
Каспофунгин	НП ^б	НП ^б
Флуконазол	32	16–64
Флуцитозин	4	2–8
Изавуконазол	НП ^б	НП ^б
Итраконазол	0,25	0,125–0,5
Микафунгин	НП ^б	НП ^б
Позаконазол	0,125	0,06–0,25
Резафунгин ^{##}	0,008–0,016	0,004–0,03
Вориконазол	0,25	0,125–0,5

^а CNM-CL – Коллекция дрожжей Испанского национального центра микробиологии. Контрольные штаммы депонированы в Коллекции культур Университета г. Гетеборга, Швеция <https://www.ccug.se/from>

^б Учет результатов определения чувствительности контрольных штаммов *Candida* после одного дня инкубации требуется проводить с помощью спектрофотометра.

^б НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резафунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.11. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Aspergillus fumigatus* ATCC 204305

Противогрибковое ЛС	МПК ^а (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	0,5	0,25–1
Анидулафунгин	НП ^б	НП ^б
Каспофунгин	НП ^б	НП ^б
Флуконазол	НП ^б	НП ^б
Флуцитозин	НП ^б	НП ^б
Изавуконазол	НП ^б	НП ^б
Итраконазол	0,25	0,125–0,5
Микафунгин	НП ^б	НП ^б
Позаконазол	0,06–0,125	0,03–0,25
Резафунгин ^{##}	НП ^б	НП ^б
Вориконазол	0,5	0,25–1

^а Учет результатов исследования контрольных штаммов *Aspergillus* проводится визуально после двух дней инкубации, конечная точка – отсутствие роста.

^б НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резафунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.12. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Aspergillus flavus* ATCC 204304

Противогрибковое ЛС	МПК ^а (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	1	0,5–2
Анидулафунгин	НП ^б	НП ^б
Каспофунгин	НП ^б	НП ^б
Флуконазол	НП ^б	НП ^б
Флуцитозин	НП ^б	НП ^б
Изавуконазол	НП ^б	НП ^б
Итраконазол	0,25	0,125–0,5
Микафунгин	НП ^б	НП ^б
Позаконазол	0,25	0,125–0,5
Резафунгин ^{##}	НП ^б	НП ^б
Вориконазол	1	0,5–2

^а Учет результатов исследования контрольных штаммов *Aspergillus* проводится визуально после двух дней инкубации, конечная точка – отсутствие роста.

^б НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резафунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.13. Целевые и допустимые диапазоны значений МПК и диаметров зон подавления роста контрольного штамма *Aspergillus flavus* CNM-CL 1813^а

Противогрибковое ЛС	МПК ^б (мг/л)	
	Целевые значения	Допустимые значения
Амфотерицин В	2	1–4
Анидулафунгин	НП ^в	НП ^в
Каспофунгин	НП ^в	НП ^в
Флуконазол	НП ^в	НП ^в
Флуцитозин	НП ^в	НП ^в
Изавуконазол	НП ^в	НП ^в
Итраконазол	0,25	0,125–0,5
Микафунгин	НП ^б	НП ^б
Позаконазол	0,25	0,125–0,5
Резафунгин ^{##}	НП ^в	НП ^в
Вориконазол	1	0,5–2

^а CNM-CL – Коллекция дрожжей Испанского национального центра микробиологии. Контрольные штаммы депонированы в Коллекции культур Университета г. Гетеборга, Швеция <https://www.ccug.se/from>

^б Учет результатов исследования контрольных штаммов *Aspergillus* проводится визуально после двух дней инкубации, конечная точка – отсутствие роста.

^в НП – не применимо.

^{##} Данные контрольные диапазоны применимы только для метода определения МПК резафунгина с использованием питательной среды, обогащенной Твин-20.

Таблица 1.14 Критерии интерпретации результатов определения чувствительности дрожжей к противогрибковым лекарственным средствам: пограничные значения МПК (мг/л)

Метод определения МПК MIC method (метод микроразседений в бульоне, стандартизованный EUCAST)

Питательная среда: RPMI1640-2% глюкозы, MOPS буфер, кроме резафунгина⁷

Инокулюм: конченный $0,5 \times 10^5 - 2,5 \times 10^5$ КОЕ/мл

Инукубация: 18-24 ч

Учет результатов: Спектрофотометр, полное (>90%) подавление для амфотерицина В и 50% подавления роста для других препаратов

Контроль качества: *C. parapsilosis* ATCC 22019 или *C. krusei* ATCC 6258

Лекарственное средство	Пограничные значения МПК (мг/л)												Режимы дозирования для категории У						
	<i>C. albicans</i>		<i>Candidozyma auris (C. auris)</i>		<i>C. dubliniensis</i>		<i>Nakassomyces glabratus (C. glabrata)</i>		<i>Pichia kudriavzevii (C. krusei)</i>		<i>C. parapsilosis</i>			<i>C. tropicalis</i>		<i>Meurozyma guilliermondii (C. guilliermondii)</i>		<i>Cryptococcus neoformans</i>	
	Ч <	Р >	Ч <	Р >	Ч <	Р >	Ч <	Р >	Ч <	Р >	Ч <	Р >		Ч <	Р >	Ч <	Р >	Ч <	Р >
Амфотерицин В	1	1	0,001 ¹	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Анидулафунгин	0,016	0,016	0,25	0,25	0,03	0,03	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Каспофунгин	Прим. ²	Прим. ²	НД	НД	НД	НД	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²	Прим. ²
Флуконазол	2	4	Прим. ³	Прим. ³	2	4	0,001 ⁴	16	-	-	2	4	2	4	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	800 мг x 1 вв/перор (или 12 мг/кг)
Изавуконазол	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД
Итраконазол	0,06	0,06	НД	НД	0,06	0,06	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	0,125	0,125	0,125	0,125	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	НД
Микафунгин	0,03	0,03	0,25	0,25	0,06	0,06	0,06	0,06	НД ⁶	НД ⁶	4	4	0,06	0,06	НД ⁵	НД ⁵	-	-	-
Позаконазол	0,06	0,06	НД	НД	0,06	0,06	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	0,06	0,06	0,06	0,06	НД	НД	НД	НД	НД
Резафунгин	0,008	0,008	НД	НД	0,016	0,016	0,016	0,016	0,03	0,03	4	4	0,03	0,03	НД	НД	-	-	-
Вориконазол ⁶	0,06	0,25 ⁷	НД	НД	0,067	0,25 ⁷	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	НД ⁵	0,125	0,25	0,125 ⁸	0,25 ⁸	НД	НД	НД	НД	4 мг/кг вв 2 р/д

Примечание

1. Вся популяция *C. auris* «дикого типа» принадлежит к категории У. Категория «Чувствительный» ($\leq 0,001$ мг/л) используется для предотвращения ошибочной оценки изолятов «дикого типа» как «Ч».
2. В связи с отсутствием установленных пограничных значений для каспофунгина, изоляты, чувствительные к анидулафунгину и микафунгину, следует оценивать как чувствительные и к каспофунгину. Пограничные значения EUCAST для каспофунгина не установлены, в связи с значительными межлабораторными различиями в диапазонах МПК для каспофунгина.
3. Чувствительность ранних штаммов *C. auris* к флуконазолу (вероятно относящихся к «дикому типу», напр., CBS10913) была низкой (4 мг/л, по результатам собственного (in-house) метода EUCAST); информация о выделении изолятов *C. auris* с низким значением МПК азолов все еще поступает, особенно из стран Южной Америки. Однако большинство изолятов *C. auris* имеют значение МПК флуконазола > 16 мг/л и имеют приобретенные механизмы резистентности. В силу недостаточного количества истинных изолятов «дикого типа», выделенных не при вспышках, установить ESOFF флуконазола не представляется возможным. Клинические данные об изолятах, имеющих низкие значения МПК (≤ 16 мг/л), крайне ограничены. По этой причине у EUCAST недостаточно данных для обоснования терапии флуконазолом инфекций, вызванных *C. auris*, даже при низком МПК.
4. Все штаммы *N. glabratus* (*C. glabrata*) оцениваются как У. Изоляты *C. glabrata* с МПК выше 16 мг/л должны оцениваться как резистентные. Категория Ч $\leq 0,001$ мг/л используется для того, чтобы избежать ошибочного распределения изолятов дикого типа на категории У и Ч.
5. ESOFF у данных видов в целом выше, чем у *C. albicans*.
6. Значения МПК для *C. krusei* приблизительно на три двукратных разведения выше, чем для *C. albicans* и, аналогично значения МПК для *C. guilliermondii* выше приблизительно на восемь двукратных разведений. Кроме того, при выполнении клинических исследований было зарегистрировано лишь небольшое количество случаев, связанных с этими видами. Это означает, что нет достаточных доказательств (НД) для оценки популяции «дикого типа» данных видов как чувствительной к микафунгину.
7. Пограничные значения применимы только при определении МПК с использованием среды с добавлением Tween 20 в соответствии с документом EUCAST E.Def 7.4.
8. Штаммы с более высокими значениями МПК по сравнению с пограничными значениями для категорий Ч/У встречаются редко или еще не обнаружены. Следует повторить идентификацию и определение чувствительности к противогрибковым ЛС каждого изолята. При подтверждении результата, изолят следует отправить в референтную лабораторию. До тех пор, пока не будет данных относительно клинического ответа при лечении инфекций, вызванных изолятами с доказанными значениями МПК выше существующего пограничного значения резистентности, их следует считать резистентными. При инфекциях, вызванных штаммами *C. albicans*, *C. dubliniensis*, *C. parapsilosis* и *C. tropicalis* с МПК \leq ESOFF, клинический ответ был достигнут в 76% случаев. Таким образом, популяции штаммов дикого типа *C. albicans*, *C. dubliniensis*, *C. parapsilosis* и *C. tropicalis* рассматриваются как чувствительные.

Комментарии для категории У

Амфотерицин В – Нет данных для выделения категории У в соответствии с новыми определениями.

Флуконазол – См. таблицу 1.9 «Режимы дозирования» для выбора дозировки.

Вориконазол – 4 мг/кг внутривенно два раза в сутки.

В связи с отсутствием клинически значимых пороговых значений МПК ЛС для многих видов дрожжевых грибов, следует в практических целях использовать рекомендации, приведенные в таблице 1.15 (основаны на табл.2 документа «EUCAST guidance on Interpretation of MICs for rare yeast without breakpoints in breakpoint tables». 2024-06-19. <http://www.eucast.org>).

Таблица 1.15. Рекомендации по интерпретации МПК (мг/л) для редких видов дрожжевых грибов без утвержденных пограничных значений

	Амфотерицин В	Анидулафунгин	Флуконазол	Вориконазол
<i>Blastobotrys</i>				
<i>B. adenivorans</i>	≤ 1	≤ 0,5	P	P
<i>Candida</i>				
<i>C. bovina</i>	≤ 1		≤ 16	
<i>Meyerozyma caribbica</i> (<i>C. fermentati</i>)	≤ 1	≤ 1?	≤ 16	≤ 0,125
<i>Meyerozyma guilliermondii</i> (<i>C. guilliermondii</i>)	≤ 1	≤ 1?	≤ 16	≤ 0,125
<i>Pichia cactophila</i> (<i>C. inconspicua</i>)	≤ 1	≤ 0,06	P	≤ 1
<i>C. intermedia</i>	≤ 1	≤ 0,125^	≤ 2	≤ 0,03
<i>Kluyveromyces marxianus</i> (<i>C. kefyr</i>)	≤ 1	≤ 0,125^	≤ 2	≤ 0,03
<i>Yarrowia lipolytica</i> (<i>C. lipolytica</i>)	≤ 1	≤ 0,5	P	≤ 0,125
<i>Clavispora lusitaniae</i> (<i>C. lusitaniae</i>)	P	≤ 0,125^	≤ 2	≤ 0,03
<i>C. magnoliae</i>	≤ 1	≤ 0,5	P	
<i>C. metapsilosis</i>	≤ 1	≤ 0,5	≤ 2	≤ 0,03
<i>Nakaseomyces nivariensis</i> (<i>C. nivariensis</i>)	≤ 1	≤ 0,06	≤ 16	≤ 0,125
<i>Pichia norvengensis</i> (<i>C. norvengensis</i>)	≤ 1	≤ 0,06	P	≤ 1?
<i>C. orthopsilosis</i>	≤ 1	≤ 0,5	≤ 2	≤ 0,03
<i>C. palmiophila</i>	≤ 1	≤ 0,125^	≤ 16	≤ 0,125
<i>Wickerhamiella pararugosa</i> (<i>C. pararugosa</i>)	≤ 1	≤ 0,5	≤ 16	
<i>Wickerhamomyces anomalus</i> (<i>C. pelliculosa</i>)	≤ 1	≤ 0,06	≤ 16	≤ 0,125
<i>Cyberlindnera jadinii</i> (<i>C. utilis</i>)	≤ 1	≤ 0,06	≤ 2	≤ 0,125
<i>Cryptococcus</i>	≤ 1	P		
<i>C. neoformans</i>	≤ 1	P	≤ 16*	≤ 0,5
<i>Geotrichum</i>	≤ 1	P		
<i>G. candidum</i>	≤ 1	P	P	≤ 1?"
<i>Lodderomyces elongisporus</i>	< 1	< 0,06	< 2	< 0,03
<i>Magnusiomyces</i>	< 1	P		
<i>M. capitatus</i> ,	< 1	P	P	< 1
<i>M. clavatus</i>				
<i>Pichia kluyveri</i>	< 1	< 0,06	P	< 1
<i>Rhodotorula</i>	< 1	P		
<i>R. mucilaginosa</i>	< 1	P	P	P
<i>Saccharomyces cerevisiae</i>	< 1	< 0,5	< 16	< 0,125
<i>Trichosporon</i>	P*	P		
<i>T. asahii</i>	P*	P	< 16"	
<i>T. dermatis</i>	P*	P	< 16'	< 0,125'

Примечание

^ При повторном определении МПК ≤ 0,125 или отсутствуют мутации гена *fkS*

' Первая линия терапии

" Альтернатива первой линии терапии

* Вторая линия терапии

? Если полученное значение МПК ниже указанного, то штамм следует отнести к дикому типу, однако имеющихся данных недостаточно, чтобы охарактеризовать категорию чувствительности.

В случаях, когда полученные значения МПК ЛС ниже указанных в таблице, можно рассматривать возможность лечения пациентов этими препаратами.

Таблица 1.16. Критерии интерпретации результатов определения чувствительности *Aspergillus* spp. к противогрибковым лекарственным средствам: пограничные значения МПК (мг/л)

Лекарственное средство	<i>A. flavus</i>			<i>A. fumigatus</i>			<i>A. nidulans</i>			<i>A. niger</i>		<i>A. terreus</i>			Режимы дозирования для категории У	
	Ч ≤	Р >	ЗН	Ч ≤	Р >	ЗН	Ч ≤	Р >	ЗН	Ч ≤	Р >	Ч ≤	Р >	ЗН	Ч ≤	Р >
Амфотерицин В	-	-		1	1		-	-		1	1	-	-			
Анидулафунгин	НД	НД		НД	НД		НД	НД		НД	НД	НД	НД			
Каспофунгин	НД	НД		НД	НД		НД	НД		НД	НД	НД	НД			
Флуконазол	-	-		-	-		-	-		-	-	-	-			
Изавуконазол	1	1	2	1	1	2	0,5	0,5		НД ²	НД ²	1	1			
Итраконазол	1	1 ³		1	1 ³		1	1 ³		НД ^{2,4}	НД ^{2,4}	1	1 ³			
Микафунгин	НД	НД		НД	НД		НД	НД		НД	НД	НД	НД			
Позаконазол	НД ²	НД ²		0,125	0,125	0,25 ⁵	НД ²	НД ²		НД ²	НД ²	0,125	0,125	0,25 ⁵		
Вориконазол	НД ²	НД ²		1	1 ⁶	2	1	1 ⁶	2	НД ²	НД ²	НД ²	НД ²			

Примечание

1. Если штамм относится к «дикому типу по чувствительности» к вориконазолу (*A. flavus*: МПК вориконазола ≤ 2 мг/л; *A. fumigatus*: МПК вориконазола ≤ 1 мг/л), следует оценить его как Ч к изавуконазолу и добавить следующий комментарий: «МПК = 2 мг/л на одно разведение выше пограничного значения для категории Ч, но находится в пределах диапазона МПК изавуконазола для штаммов дикого типа в связи с установлением более строго клинического пограничного значения для категории Ч. Дополнительную информацию см. Обосновательные документы EUCAST. Штамм не дикого типа по чувствительности к вориконазолу следует оценить как Р к изавуконазолу и отправить его в референтную лабораторию для секвенирования гена *CYP51A* и подтверждения МПК.
2. ЕСOFF у данных видов в целом выше на одно двойное разведение, чем у *A. fumigatus*.
3. Итраконазол может быть рассмотрен для назначения при хроническом аспергиллезе легких, вызванном изолятами с подтвержденным значением МПК 2 мг/л (одно разведение выше пограничного значения) при отсутствии альтернативных препаратов для лечения и при подтверждении достаточной экспозиции (> 2 мг/л) при терапевтическом лекарственном мониторинге (ТЛМ).
4. Значения МПК для *A. niger* и *A. versicolor* в целом выше, чем для *A. fumigatus*. Влияние на клиническую эффективность неизвестно.
5. Изоляты, чувствительные к итраконазолу, следует оценить как Ч к позаконазолу, и добавить комментарий: «МПК 0,25 мг/л, что на одно разведение выше пограничного значения для категории Ч вследствие пересечения популяций «дикого» и «недикого типа». Нечувствительные к итраконазолу изоляты следует оценить как Р и передать в референтную лабораторию для секвенирования *CYP51A* и подтверждения значений МПК.
6. Вориконазол может быть рассмотрен для назначения при хроническом аспергиллезе легких, вызванном изолятами с подтвержденным значением МПК 2 мг/л (одно разведение выше пограничного значения) при отсутствии альтернативных препаратов для лечения и при подтверждении достаточной экспозиции (> 2–3 мг/л) при терапевтическом лекарственном мониторинге (ТЛМ).

Таблица 1.17. Режимы дозирования противогрибковых лекарственных средств

Пограничные значения EUCAST установлены с учетом нижеследующих режимов дозирования у взрослых. Приемлемыми являются и другие режимы дозирования, которые приводят к эквивалентному воздействию. Данная информация не должна рассматриваться как исчерпывающее руководство для выбора режима дозирования в клинической практике и не заменяет локальные, национальные или региональные рекомендации по дозированию.

Примечание: длительность назначения представлена только для нагрузочных доз, так как общая продолжительность лечения зависит не только от типа и локализации инфекции, но также и от фонового заболевания пациента. Информацией по общей продолжительности терапии приводится в клинических рекомендациях по ведению пациентов.

Азолы	Стандартная доза	Доза, приводящая к увеличению экспозиции	Особые ситуации
Флуконазол	800 мг 1 р/с, далее 400 мг 1 р/с в/в или внутрь (или 6 мг/кг)	800 мг 1 р/с в/в или внутрь (или 12 мг/кг)	Указанные дозы применимы для инвазивного кандидоза При инфекциях слизистых (Mendling et al; <i>Mycoses</i> . 2012;55 Suppl 3:1–13): стандартные дозы 100–200 мг 1 р/с и увеличенная доза 800 мг 1 р/с (для <i>C. glabrata</i>)
Итраконазол	200 мг 2 р/с, далее 100*–400** мг 1 р/с в/в или внутрь Целевая базальная концентрация***: > 0,5 мг/л для профилактики и > 1 мг/л для терапии		* Только поверхностные инфекции ** Суточные дозы до 200 мг 2 р/с могут применяться в зависимости от инфекции. Капсулы имеют на 30% меньшую биодоступность, чем пероральный раствор *** Метод ВЭЖХ и только исходное соединение.

Азолы	Стандартная доза	Доза, приводящая к увеличению экспозиции	Особые ситуации
Изавуконазол	200 мг 3 р/с 2 дня, далее 200 мг 1 р/с		
Позаконазол	Таблетки или в/в: 300 мг 2 р/с, далее 300 мг 1 р/с Пероральная суспензия: 200 мг 4 р/с или 400 мг 2 р/с Целевая базальная концентрация: > 0,7 мг/л для профилактики и > 1,25 мг/л для терапии		
Вориконазол	6 мг/кг 2 р/с, далее 4 мг/кг 2 р/с в/в 400 мг 2 р/с, далее 200 мг 2 р/с внутрь Целевая базальная концентрация: > 0,5 мг/л для профилактики и 2–5,5 мг/л для терапии	<i>Candida</i> : категория У применима только для в/в дозы (но не для стандартной дозы внутрь)	Увеличение экспозиции может быть достигнуто только при увеличении дозы (учитывайте нелинейную фармакокинетику у взрослых) или с ингибитором протонной помпы у пациентов с низкими уровнями ЛС в крови.
Амфотерицин В	Стандартная доза	Доза, приводящая к увеличению экспозиции	Особые ситуации
Липосомальный амфотерицин В	3 мг/кг 1 р/с	5 мг/кг 1 р/с	Увеличение доз до 7 мг/кг (или даже до 10 мг/кг при поражении ЦНС Mucorales) может быть использовано в отдельных ситуациях.
Обычная форма амфотерицина В	1 мг/кг		
Липидный комплекс амфотерицина В	5 мг/кг		
Эхинокандины	Стандартная доза	Доза, приводящая к увеличению экспозиции	Особые ситуации
Анидулафунгин	200 мг 1 р/с, далее 100 мг 1 р/с		
Каспофунгин	70 мг 1 р/с, далее 50* мг 1 р/с (масса тела ≤ 80 кг) 70 мг 1 р/с (масса тела > 80 кг)		* Продолжить 70 мг 1 р/с после нагрузочной дозы при массе тела > 80 кг
Микафунгин	100 мг 1 р/с (масса тела > 40 кг) 2 кг/кг 1 р/с у пациентов с массой тела < 40 кг	200 мг 1 р/с (масса тела > 40 кг) 4 мг/кг 1 р/с у пациентов с массой тела < 40 кг	Увеличение дозы показано пациентам, не отвечающим на стандартную дозу. Стандартная доза при хроническом аспергиллезе легких: обоснование и клинические рекомендации по диагностике и лечению. Eur Resp J 2016)

1.5. При использовании коммерческих систем для оценки чувствительности дрожжей к противогрибковым лекарственным средствам процедура тестирования и интерпретация результатов должны выполняться в строгом соответствии с инструкцией производителя

Раздел 2. Диско-диффузионный метод оценки чувствительности дрожжей к противогрибковым лекарственным средствам

2.1. Введение

Референтным методом определения чувствительности дрожжей и мицелиальных грибов к противогрибковым ЛС является метод разведений в жидких питательных средах. Для клинической микробиологической лаборатории необходим более доступный, простой, быстрый и экономически выгодный метод. Рекомендованный CLSI диско-диффузионный метод для определения чувствительности дрожжей позволяет получить результаты через 24 ч, использует модифицированный агар Мюллера-Хинтон вместо жидкой среды RPMI-1640, а также позволяет снизить затраты на выполнение процедуры тестирования.

Данный раздел основан на стандартах CLSI:

- CLSI. *Method for Antifungal Disk Diffusion Susceptibility Testing of Yeasts*. 3rd ed. CLSI supplement M27M44S. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2018.
- CLSI. *Performance Standards for Antifungal Susceptibility Testing of Yeasts*. 2nd ed. CLSI supplement M60. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2020.

Диско-диффузионный метод обеспечивает достоверную оценку чувствительности отдельных видов *Candida* к азолам и эхинокандинам. Методика определения чувствительности с использованием дисков включает: приготовление инокулюма, соответствующего стандарту мутности 0,5 по МакФарланду, инокулирование чашек с агаром Мюллера-Хинтон (среда, используемая для определения чувствительности бактерий) с добавлением глюкозы и метиленового синего и инкубацию при 35°C в течение 24 ч. Добавки к агару Мюллера-Хинтон усиливают рост и способствуют более четкому определению границ зон подавления роста. Раствор, содержащий добавки, может быть внесен в среду непосредственно при приготовлении чашек или распределен по поверхности агара за 8 ч до постановки теста.

Для получения достоверных результатов, необходимо четко следовать описанной методике без каких-либо отступлений. Следует использовать диски с официально разрешенной нагрузкой ЛС.

Термины и определения

Антибиограмма – общий профиль результатов определения чувствительности микроорганизмов к ряду противомикробных ЛС.

Пограничные значения – специфические значения МПК или диаметров зон подавления роста, используемые для оценки изолятов в соответствии с клиническими категориями «чувствительный», «чувствительный

дозо-зависимый», «умеренно-резистентный» и «резистентный».

Категория интерпретации – категория, полученная на основе микробиологических характеристик, фармакокинетических и фармакодинамических параметров, данных о результатах лечения.

Категории интерпретации чувствительности к противогрибковым ЛС:

- Чувствительный (Ч) – уровень активности препарата свидетельствует о высокой вероятности клинической эффективности при использовании препарата в стандартной терапевтической дозе для лечения инфекции, вызванной данным микроорганизмом.
- Умеренно-резистентный (УР) – буферная зона которая позволяет избежать значительных расхождений (больших и очень больших ошибок) в интерпретации результатов под влиянием несущественных неконтролируемых технических факторов, свойственных методам определения чувствительности *in vitro*. Имеющиеся данные не позволяют четко отнести изоляты со значением МПК, соответствующей категории УР, к категориям Ч или Р. Клиническая эффективность при лечении инфекций, вызванных изолятами с МПК, соответствующей категории УР, может быть достигнута при использовании более высоких, по сравнению со стандартными, доз противогрибковых препаратов или при условиях, обеспечивающих создание высоких концентраций препарата в организме.
- Чувствительный дозо-зависимый (ЧДЗ) – чувствительность зависит от возможности достижения максимальных доз препарата в крови; клиническая эффективность может быть достигнута при использовании препарата в более высокой по сравнению с обычной дозировкой или альтернативного режима дозирования, обеспечивающих достижение максимально возможного уровня препарата в крови.
- Резистентный (Р) – уровень активности препарата свидетельствует о высокой вероятности клинической неэффективности даже при использовании высоких доз.

2.2. Приготовление и хранение питательных сред

Для оценки чувствительности дрожжей используют агар Мюллера-Хинтон (МХА) с дополнительными компонентами – глюкозой (2%) и метиленовым синим (0,5 мкг/мл).

2.2.1. Необходимые реагенты

- Питательная среда агар Мюллера-Хинтон;
- Метиленовый синий (5 мг/мл);
- Раствор глюкозы (0,4 г/мл).

2.2.2. Варианты приготовления агара Мюллера-Хинтон (Таблица 2.1)

Вариант 1.

- Приготовить МХА согласно инструкции производителя.
- Охладить до 42–45°C.
- Растворить 0,1 г метиленового синего в 20 мл дистиллированной воды, слегка подогревая для растворения (нельзя перегревать раствор!)
- К 1 л среды добавить 100 мкл приготовленного раствора метиленового синего и 20 г глюкозы.
- Проавтоклавируют согласно инструкции производителя дегидратированного МХА и остудить до температуры 45–50°C.
- Разлить среду в стерильные чашки Петри, таким образом, чтобы толщина слоя агара составляла $4 \pm 0,5$ мм (приблизительно 25 мл в круглую чашку диаметром 90 мм, 31 мл – в круглую чашку диаметром 100 мм, 71 мл – в круглую чашку диаметром 150 мм, 40 мл – в квадратную чашку размером 100 × 100 мм). Точный объем среды для каждого типа чашек рассчитывается на основании измерения истинной глубины слоя агара, получающейся в используемых в лаборатории чашках Петри. Размеры чашек могут отличаться у разных производителей.
- Не следует перемещать чашки до полного застывания агара.
- Перед использованием необходимо убедиться, что поверхность агара сухая. На поверхности агара или на внутренней стороне крышки не должно быть видимых капель влаги. При необходимости чашки следует подсушить при 20–25°C в течение 16–20 ч или при 35°C с открытыми крышками в течение 15 мин. Чашки нельзя пересушивать.
- Готовая среда должна иметь рН 7,2–7,4 при комнатной температуре.
- Неиспользованные в день приготовления чашки следует хранить в холодильнике при температуре 2–8°C в течение 7 дней. Использование дополнительных мер предотвращения высыхания чашек (хранение в пластиковых пакетах, контейнерах и т.п.) может увеличить срок хранения чашек после приготовления).
- Процедура подсушивания, условия и длительность хранения чашек с агаром, приготовленных в лаборатории, должны быть определены программой внутрилабораторного контроля качества.

Вариант 2. Добавление компонентов на поверхность агара Мюллера-Хинтон в чашках Петри (коммерческого производства)

- Приготовить исходный раствор метиленового синего с концентрацией 0,005г/мл. Для этого растворить 0,1 г метиленового синего в 20 мл дистиллированной воды, слегка подогревая для растворения (нельзя перегревать раствор!)
- Приготовить исходный раствор глюкозы с концентрацией 0,4 г/мл. Для этого растворить 40 г глюкозы в 100 мл дистиллированной воды, слегка подогревая и перемешивая для растворения (нельзя перегревать раствор!)
- Добавить 200 мкл исходного раствора метиленового синего к 100 мл исходного раствора глюкозы. Полученный раствор будет иметь конечную концентрацию глюкозы 40% и метиленового синего 10 мкг/мл.
- Раствор разлить во флаконы/пробирки, автоклавируют 15 мин. при 121°C.
- Раствор следует хранить при комнатной температуре до 1 года. Нельзя хранить в холодильнике из-за возможного формирования осадка.
- Нанести раствор на поверхность агара в чашках: в чашки диаметром 150 мм налить 3,5 мл добавки, диаметром 90–100 мм – 1,5 мл. Для равномерного распределения добавки по поверхности агара следует аккуратно поворачивать чашку. Дождаться полной абсорбции добавки (от 4 до 24 часов).
- Процедура подсушивания, хранения и контроль качества чашек – см. п.2.2.2, вариант 1, а также Часть I, пп. 2.2.2–2.2.4.

Таблица 2.1. Приготовление агара Мюллера-Хинтон (2 варианта)

	Среда Мюллера-Хинтон	Метиленовый синий	Глюкоза
Вариант 1 Подготовка среды Мюллера-Хинтон	1 литр	100 мкл (0,1 г в 20 мл дистиллированной воды)	20 г
Вариант 2 Добавление компонентов на поверхность агара Мюллера-Хинтон	Агар в чашках Петри	5 мг/мл (0,1 г в 20 мл дистиллированной воды)* Добавить 200 мкл раствора метиленового синего к 100 мл раствора глюкозы = 40% (глюкоза) и 10 мкг/мл (метиленового синего) Раствор разлить во флаконы, автоклавируют 15 мин. при 121°C На поверхность агара чашек с диаметром 150 мм налить 3,5 мл добавки, с диаметром 90–100 мм – 1,5 мл, вращать чашку для равномерного распределения добавки на поверхности агара. Дождаться полной абсорбции добавки (от 4 до 24 часов).	0,4 г/мл (40 г в 100 мл дистиллированной воды)*

* Разогреть до полного растворения, не перегревать.

2.3. Приготовление инокулюма

- Для приготовления инокулюма материал ≥ 5 изолированных колоний вносят в 5 мл (или более) стерильного физиологического раствора или дистиллированной воды, смешивают до получения однородной суспензии до плотности 0,5 по стандарту мутности МакФарланда, что соответствует содержанию клеток $1-5 \times 10^6$ клеток в 1 мл и обеспечивает формирование полусливного роста для большинства изолятов *Candida* spp.
- Для этого стерильной бактериологической петлей или ватным тампоном необходимо собрать несколько морфологически схожих колоний чистой 18–24-часовой культуры дрожжей, выросшей на плотной питательной среде.
- Необходимо довести плотность дрожжевой суспензии строго до плотности 0,5 по стандарту мутности МакФарланда путем добавления изотонического раствора или дрожжевой массы. Использование суспензии более высокой или низкой плотности может приводить к формированию зоны подавления роста меньшего или большего диаметра, соответственно.
- Плотность суспензии может быть определена путем визуального сравнения со стандартом мутности 0,5 по МакФарланду (таблица 2.2).
- Суспензия должна быть использована в течение 15 минут, но не позднее 60 минут после приготовления.

2.4. Инокуляция чашек с МХА

- Перед инокуляцией необходимо убедиться, что чашки с агаром имеют комнатную температуру.
- Дрожжевую суспензию следует инокулировать на агар не позже, чем через 15 минут. При необходимости можно хранить инокулюм с установленной густотой в холодильнике в течение 2 часов.
- Погрузить стерильный ватный тампон в приготовленную суспензию. При необходимости удалить избыток суспензии, отжимая тампон о внутренние стенки пробирки, чтобы избежать нанесения избыточного количества инокулюма.
- Инокулюм следует наносить равномерно штриховыми движениями на всю поверхность агара в трех направлениях, таким образом, чтобы штрихи плотно прилегали друг к другу.
- На каждой чашке тестируется только 1 штамм.
- Оставьте чашки на 5–15 минут для абсорбции инокулюма с поверхности агара.

2.5. Нанесение дисков с противогрибковыми ФС на засеянные чашки с МХА

- Требуемые концентрации противогрибковых ФС в дисках представлены в таблице по контролю качества.

- Не следует открывать контейнеры или картриджи с дисками до достижения ими комнатной температуры.
- Диски с противогрибковыми ФС должны быть нанесены не позднее, чем через 15 минут после инокуляции чашек с агаром.
- Диски с противогрибковыми ФС наносятся на поверхность инокулированного исследуемой культурой агара (после абсорбции инокулюма в течение 5–15 мин, см. п. 2.4). Контакт диска с агаром должен быть плотным. После нанесения на поверхность агара диски нельзя передвигать, так как диффузия антимикотика в среду начинается очень быстро.
- Поместите на поверхность агара диски с 25 мкг флуконазола, 1 мкг вориконазола, 5 мкг каспофунгина, 5 мкг микафунгина как можно дальше друг от друга и слегка надавите на них для улучшения контакта с поверхностью агара.
- Количество дисков на одной чашке Петри должно быть ограниченным, для предотвращения перекрывания зон подавления роста, а также взаимодействия между антимикотиками.
- Снижение активности (содержания) АМП в дисках приводит к уменьшению диаметра зон подавления роста, что является одной из самых распространенных ошибок. При хранении дисков необходимо соблюдать следующие правила:
 - Хранить диски в закрытых сухих контейнерах, защищенных от действия света.
 - Основные партии дисков следует хранить в соответствии с инструкциями производителя.
 - Рабочие партии дисков следует хранить в соответствии с инструкциями производителя. После вскрытия упаковки диски должны быть использованы в течение срока, указанного производителем.
 - Не допускается использование дисков после истечения срока годности, указанного производителем.
 - Процедуру контроля качества необходимо выполнять регулярно. С целью контроля активности дисков во время хранения при выполнении процедуры контроля качества необходимо использовать наборы дисков, предназначенные для повседневной работы.

2.6. Инкубация

- Перед началом инкубации необходимо перевернуть чашки вверх дном и убедиться, что диски не падают с поверхности агара. Чашки Петри должны быть помещены в термостат не позднее, чем через 15 минут после нанесения дисков.
- Расположение чашек Петри в термостате (в частности, количество чашек в одной стопке) может привести к их неравномерному нагреву. Учитывая

разную степень точности работы термостатов, контроль этого этапа исследования, включая количество чашек в вертикальных стопках, должен быть частью программы внутрилабораторного контроля качества. Для большинства термостатов пять вертикально размещенных чашек является наиболее приемлемым количеством.

- Нельзя допускать увеличения периода инкубации сверх установленных пределов, так как это может привести к появлению роста внутри зоны и ошибочной оценке изолята как резистентного.
- Инкубация чашек осуществляется при $35 \pm 2^\circ\text{C}$, обычная атмосфера, 24 ч.

2.7. Контроль качества проведения исследования после инкубации

- При соблюдении правил подготовки инокулюма и инокуляции чашек с агаром после инокуляции должен сформироваться равномерный сплошной или полусливной слой роста (газон).
- Газон должен быть равномерным на всей поверхности агара. Края зон подавления роста вокруг дисков с АМП должны быть ровными и иметь форму окружностей.
- Формирование отдельных колоний вместо сплошного роста свидетельствует о недостаточной плотности инокулюма. В этом случае исследование необходимо повторить. При определении чувствительности к вориконазолу допускается продление времени инкубации до 48 часов.
- Необходимо оценить соответствие диаметров зон подавления роста контрольных штаммов допустимым диапазонам (таблица 2.3).

2.8. Учет результатов определения чувствительности дрожжей к противогрибковым ЛС диско-диффузионным методом

- При измерении зон подавления роста вокруг дисков с любым противогрибковым ЛС следует ориентироваться на зону полного подавления роста микроорганизмов, определяемую невооруженным глазом, при расположении чашки на расстоянии примерно 30 см от глаз.
- Для измерения зон подавления роста линейкой чашку Петри с закрытой крышкой располагают дном кверху на темную матовую поверхность так, чтобы свет падал на нее под углом 45° (учет в отраженном свете).
- Для измерения зон подавления роста автоматическим прибором открытую чашку Петри помещают дном книзу в прибор так, чтобы свет падал на поверхность агара под углом 45° (учет в отраженном свете) (рисунок 2.1).

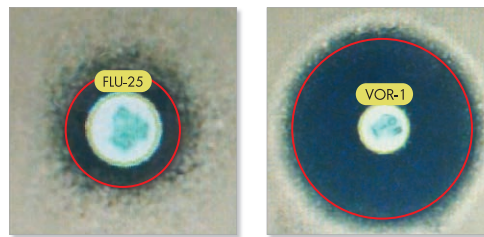


Рис. 2.1. Измерение зон подавления роста на чашках с модифицированным МХА (автоматический прибор для учета результатов определения чувствительности диско-диффузионным методом).

- Измерение зон подавления роста необходимо проводить с точностью до миллиметра при помощи линейки или автоматического прибора.
- При использовании автоматических приборов для учета результатов определения чувствительности диско-диффузионным методом, прибор должен быть откалиброван.
- Измерение диаметра зон по ближайшей точке (миллиметру) и подавления роста на уровне $\sim 80\%$. Микроколонии на границе зоны или в зоне подавления роста, а также незначительное подавление роста ($< 20\%$) не должны приниматься во внимание.

2.9. Интерпретация результатов

Пограничные значения диаметров зон подавления роста для определения клинических категорий чувствительности представлены в таблице 2.2.

2.10. Контроль качества

- Для контроля качества методики определения чувствительности используют специальные штаммы (таблица 2.3). Основные рекомендованные контрольные штаммы характеризуются чувствительностью к противогрибковым ЛС; в то же время для подтверждения способности метода выявлять резистентность, опосредованную известными механизмами, необходимо использовать также устойчивые штаммы. Контрольные штаммы могут быть получены из коллекций типовых культур или коммерческих источников.
- Контрольные штаммы необходимо хранить в условиях, обеспечивающих их жизнеспособность и стабильность фенотипа. Неприхотливые микроорганизмы могут храниться при -20°C . Каждый контрольный штамм должен храниться в двух экземплярах (пробирках), один для регулярного использования, а второй как резервный.
- Каждую неделю следует субкультивировать штамм из пробирки, предназначенной для регулярного использования на соответствующей неселектив-

Таблица 2.2. Пограничные значения диаметров зон подавления роста и минимальных подавляющих концентраций для вориконазола, флуконазола, каспофунгина и микафунгина в отношении *Candida spp.* через 24 часа инкубации (CLSI M27M44S-ED3:2022 Performance Standards for Antifungal Susceptibility Testing of Yeasts)

Противогрибковое лекарственное средство	Вид гриба	Пограничные значения диаметров зон подавления роста и категории интерпретации, мм				Соответствующие пограничные значения МПК и категории интерпретации, мкг/мл			
		Ч	УР	ЧДЗ	Р	Ч	УР	ЧДЗ	Р
Вориконазол ¹	<i>C. albicans</i>	≥ 17	15–16	-	≤ 14	≤ 0,12	0,25-0,5	-	≥ 1
	<i>Nakaseomyces glabratus</i> (<i>C. glabrata</i>) ²	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>Pichia kudriavzevii</i> (<i>C. krusei</i>)	≥ 15	13–14	-	≤ 12	≤ 0,5	1	-	≥ 2
	<i>C. parapsilosis</i>	≥ 17	15–16	-	≤ 14	≤ 0,12	0,25-0,5	-	≥ 1
	<i>C. tropicalis</i>	≥ 17	15–16	-	≤ 14	≤ 0,12	0,25-0,5	-	≥ 1
Флуконазол ¹	<i>C. albicans</i>	≥ 17	-	14–16	≤ 13	≤ 2	-	4	≥ 8
	<i>Nakaseomyces glabratus</i> (<i>C. glabrata</i>)	-	-	≥ 15	≤ 14	-	-	≤ 32	≥ 64
	<i>Pichia kudriavzevii</i> (<i>C. krusei</i>) ³	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>C. parapsilosis</i>	≥ 17	-	14–16	≤ 13	≤ 2	-	4	≥ 8
	<i>C. tropicalis</i>	≥ 17	-	14–16	≤ 13	≤ 2	-	4	≥ 8
Каспофунгин ¹	<i>C. albicans</i>	≥ 17	15–16	-	≤ 14	≤ 0,25	0,5	-	≥ 1
	<i>Nakaseomyces glabratus</i> (<i>C. glabrata</i>)	-	-	-	-	≤ 0,12	0,25	-	≥ 0,5
	<i>Meyerozyma guilliermondii</i> (<i>C. guilliermondii</i>)	≥ 13	11–12	-	≤ 10	≤ 2	4	-	≥ 8
	<i>Pichia kudriavzevii</i> (<i>C. krusei</i>)	≥ 17	15–16	-	≤ 14	≤ 0,25	0,5	-	> 1
	<i>C. parapsilosis</i>	≥ 13	11–12	-	≤ 10	≤ 2	4	-	≥ 8
	<i>C. tropicalis</i>	≥ 17	15–16	-	≤ 14	≤ 0,25	0,5	-	> 1
Микафунгин ¹	<i>C. albicans</i>	≥ 22	20–21	-	≤ 19	≤ 0,25	0,5	-	≥ 1
	<i>Nakaseomyces glabratus</i> (<i>C. glabrata</i>)	≥ 30	28–29	-	≤ 27	≤ 0,06	0,12	-	≥ 0,25
	<i>Meyerozyma guilliermondii</i> (<i>C. guilliermondii</i>)	≥ 16	14–15	-	≤ 13	≤ 2	4	-	≥ 8
	<i>Pichia kudriavzevii</i> (<i>C. krusei</i>)	≥ 22	20–21	-	≤ 19	≤ 0,25	0,5	-	> 1
	<i>C. parapsilosis</i>	≥ 16	14–15	-	≤ 13	≤ 2	4	-	≥ 8
	<i>C. tropicalis</i>	≥ 22	20–21	-	≤ 19	≤ 0,25	0,5	-	> 1

Примечание

¹ В случае недостаточного роста после 24 ч инкубации, данные пограничные значения могут быть использованы для интерпретации результатов после 48 ч инкубации.

² В настоящее время данных, необходимых для демонстрации корреляции между показателями чувствительности *in vitro* и клиническими исходами лечения вориконазолом инфекций, вызванных *Nakaseomyces glabratus* (*C. glabrata*), недостаточно.

³ Штаммы *Pichia kudriavzevii* (*C. krusei*) характеризуются природной резистентностью к флуконазолу, клиническая интерпретация значений МПК.

Таблица 2.3. Диапазоны допустимых значений диаметров зон подавления роста контрольных штаммов дрожжей, рекомендуемых для использования в рутинной практике, после 24 часов инкубации (мм)

Противогрибковая фармацевтическая субстанция (содержание в диске)	<i>Pichia kudriavzevii</i> (<i>C. krusei</i>) ATCC ¹ 6258	<i>Candida parapsilosis</i> ATCC 22019 (РКПГ ² 1245)	<i>Candida albicans</i> ATCC 90028 (РКПГ ² 1244)	<i>Candida tropicalis</i> ATCC 750
Флуконазол (25 мкг)	-	22–33	28–39	26–37
Вориконазол (1 мкг)	16–25	28–37	31–42	-
Каспофунгин (5 мкг)	19–26	14–23	18–27	20–27

¹ ATCC: Американская коллекция типовых культур.

² РКПГ: Российская коллекция патогенных грибов (г. Санкт-Петербург, НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России).

ной среде. После контроля чистоты культуры этот рассев должен использоваться ежедневно для подготовки субкультуры контрольного штамма. Для субкультивирования контрольного штамма необходимо использовать несколько колоний, чтобы избежать селекции мутантных вариантов.

- Необходимо проверить соответствие полученных значений допустимым диапазонам значений для контрольных штаммов.

- В таблице 2.3 представлены допустимые диапазоны и целевые значения для контрольных штаммов. При повторных исследованиях значения диаметров зоны подавления роста контрольных штаммов должны случайным образом распределяться внутри рекомендуемого диапазона, а при наличии результатов ≥ 10 исследований, среднее арифметическое должно быть близким к целевому значению (± 1 мм от целевого значения).

- Для контроля качества определения чувствительности следует использовать рекомендованные контрольные штаммы для повседневного (рутинного) контроля.

- Контроль качества определения чувствительности с использованием набора рекомендованных контрольных штаммов следует проводить ежедневно, по крайней мере, для тех антимикробных ЛС, которые включены в стандартные панели (наборы).
- Результаты каждого исследования контрольного штамма следует сравнивать с результатами последних 20 исследований этого же контрольного штамма для своевременного выявления тенденции увеличения или уменьшения зон подавления роста по сравнению с целевыми значениями. Результаты двух или более из 20 тестов, выходящие за рамки допустимого диапазона, требуют проведения мероприятий для выяснения причин получения нестабильных результатов.
- В дополнение к рутинному контролю качества, контрольные исследования необходимо проводить перед началом использования каждой новой партии модифицированного МХА.

Несоответствие результатов исследования контрольных штаммов допустимым диапазонам по отдельным противогрибковым ЛС может свидетельствовать о неадекватном составе среды.

Литература

1. EUCAST Definitive document E.DEF 7.4, 2023 Method for the determination of broth dilution minimum inhibitory concentrations of antifungal agents for yeasts. https://www.eucast.org/astoffungi/methodsinantifungalsusceptibilitytesting/susceptibility_testing_of_ yeasts/.
2. EUCAST Definitive document E.DEF 9.4, 2022. Method for the determination of broth dilution minimum inhibitory concentrations of antifungal agents for conidia forming moulds. https://www.eucast.org/astoffungi/methodsinantifungalsusceptibilitytesting/ast_of_moulds/.
3. ISO 20776-1:2006 "Clinical laboratory testing and *in vitro* diagnostic test systems – Susceptibility testing of infectious agents and evaluation of performance of antimicrobial susceptibility test devices – Part 1 : Reference method for testing the *in vitro* activity of antimicrobial agents against rapidly growing aerobic bacteria involved in infectious diseases
4. Национальный Стандарт ГОСТ Р ИСО 20776-1-2010 Клинические лабораторные исследования и диагностические тест-системы *in vitro*. Исследование чувствительности инфекционных агентов и оценка функциональных характеристик изделий для исследования чувствительности к антимикробным средствам. Часть 1. Референтный метод лабораторного исследования активности антимикробных агентов против быстрорастущих аэробных бактерий, вызывающих инфекционные болезни.
5. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs for antifungal agents, version 11.0, 2024. <http://www.eucast.org/astoffungi/clinicalbreakpointsforantifungals/>.
6. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Routine and extended internal quality control for MIC determination and agar dilution for yeasts, moulds and dermatophytes as recommended by EUCAST. Version 7.0, 2023. <https://www.eucast.org/astoffungi/qcafstables/>.
7. CLSI. Method for Antifungal Disk Diffusion Susceptibility Testing of Yeasts. 3rd ed. CLSI supplement M27M44S. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2022
8. CLSI. Performance Standards for Antifungal Susceptibility Testing of Yeasts. 2nd ed. CLSI supplement M60. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2020.
9. Arendrup M.C., et al. Echinocandin susceptibility testing of *Candida* species: comparison of EUCAST EDef 7.1, CLSI M27-A3, Etest, disk diffusion, and agar dilution methods with RPMI and IsoSensitest media. *Antimicrob Agents Chemother.* 2010;54:426–439.
10. Васильева Н.В., Выборнова И.В., Рауш Е.Р. и соавт. Определение чувствительности возбудителей инвазивного кандидоза к флуконазолу с использованием дисков различных производителей. *Проблемы медицинской микологии.* 2016;18(2):8–11.
11. Выборнова И.В., Рауш Е.Р., Шагдилеева Е.В. и соавт. Определение чувствительности возбудителей инвазивного кандидоза к флуконазолу и вориконазолу по международным стандартам. *Проблемы медицинской микологии.* 2013;15(1):60–63.
12. Messer S.A., Diekema D.J., Boyken L., et al. Evaluation of the Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) M44-A Disk Diffusion Method for Determining Susceptibilities of 584 Clinical Isolates of *Cryptococcus neoformans* to Voriconazole. *Proceedings of 45th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy.* Washington, D.C., USA. December 16–19, 2005.
13. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Overview of antifungal ECOFFs and clinical breakpoints for yeasts, molds and dermatophytes using the EUCAST E.Def 7.4, E.Def 9.4 and E.Def 11.0 procedures. Version 5, 2024. <http://www.eucast.org>.
14. EUCAST guidance on Interpretation of MICs for rare yeast without breakpoints in breakpoint tables. 2024. <http://www.eucast.org>.

Справочное издание

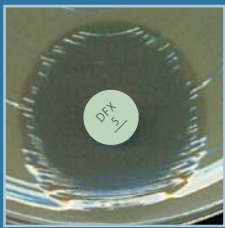
**РОССИЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ
К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ**

Версия 2026–01

Дизайнер обложки, макета А.А. Шашкевич
Технический редактор Н.С. Малышева

Формат 60×90¹/₈. Бумага мелованная. Печать офсетная.
Гарнитура «OpenburgC». Печ. л. 26. Тираж 1500 экз.

Отпечатано в ОАО «Смоленский полиграфический комбинат».
214020, Смоленск, ул. Смольянинова, 1



ISBN 978-5-91812-284-6



9 785918 122846

