



DOI: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.12.2.2023.401>

Урологічні інфекції
Urological Infections

EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan, Italy 2023. ISBN 978-94-92671-19-6

Класифікація ІСШ		Classification of UTI	
Неускладнені ІСШ	Гостра, спорадична або рецидивуюча нижня (неускладнений цистит) і/або верхня (неускладнений пієлонефрит) ІСШ у невагітних жінок без відомих відповідних анатомічних і функціональних аномалій сечовивідних шляхів або супутніх захворювань	Uncomplicated UTIs	Acute, sporadic or recurrent lower (uncomplicated cystitis) and/or upper (uncomplicated pyelonephritis) UTI, limited to non-pregnant women with no known relevant anatomical and functional abnormalities within the urinary tract or comorbidities
Ускладнені ІСШ	Усі ІСШ, які не визначені як неускладнені. У більш вузькому сенсі означає ІСШ у пацієнта з підвищеним ризиком ускладненого перебігу: тобто всі чоловіки, вагітні жінки, пацієнти з відповідними анатомічними або функціональними аномаліями сечовивідних шляхів, постійними сечовими катетерами, захворюваннями нирок і/або іншими супутніми імунodefіцитними захворюваннями, наприклад діабетом	Complicated UTIs	All UTIs which are not defined as uncomplicated. Meaning in a narrower sense UTIs in a patient with an increased chance of a complicated course: i.e. all men, pregnant women, patients with relevant anatomical or functional abnormalities of the urinary tract, indwelling urinary catheters, renal diseases, and/or with other concomitant immunocompromising diseases for example, diabetes
Повторні ІСШ	Рецидиви неускладнених і/або ускладнених ІСШ із частотою не менше від трьох ІСШ на рік або двох ІСШ за останні шість місяців	Recurrent UTIs	Recurrences of uncomplicated and/or complicated UTIs, with a frequency of at least three UTIs/year or two UTIs in the last six months
Катетер-асоційовані ІСШ	Катетер-асоційована інфекція сечовивідних шляхів (КА-ІСШ) належить до ІСШ, що виникають у людини, сечовивідні шляхи якої на даний момент катетеризовані або якій катетер був встановлений протягом останніх 48 годин	Catheter-associated UTIs	Catheter-associated urinary tract infection (CA-UTI) refers to UTIs occurring in a person whose urinary tract is currently catheterised or has had a catheter in place within the past 48 hours
Уросепсис	Уросепсис визначається як небезпечна для життя дисфункція органів, спричинена нерегульованою відповіддю організму на інфекцію, що походить із сечовивідних шляхів і/або чоловічих статевих органів	Urosepsis	Urosepsis is defined as life threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection originating from the urinary tract and/or male genital organs

3.3.7. Резюме доказів і рекомендації
для керівництва з АБУ (асимптомна бактеріурія)

Резюме доказів	LE
Лікування безсимптомної бактеріурії не дає користі за таких умов:	
жінки без факторів ризику;	3b
пацієнти з добре регульованим цукровим діабетом;	1b
жінки після менопаузи;	1a
пацієнти похилого віку, які знаходяться в стаціонарах;	1a
пацієнти з дисфункціональними і/або реконструйованими нижніми сечовивідними шляхами;	2b

3.3.7. Summary of evidence and recommendations for the management of ABU

Summary of evidence	LE
Treatment of asymptomatic bacteriuria is not beneficial in the following conditions:	
women without risk factors;	3b
patients with well-regulated diabetes mellitus;	1b
post-menopausal women;	1a
elderly institutionalised patients;	1a
patients with dysfunctional and/or reconstructed lower urinary tracts;	2b

пацієнти з пересадженою ниркою; пацієнти перед ендопротезуванням	1a 1b
Лікування безсимптомної бактеріурії є шкідливим для пацієнтів з рецидивуючими інфекціями сечовивідних шляхів	1b
Лікування безсимптомної бактеріурії є корисним перед урологічними процедурами, що порушують цілісність слизової оболонки	1a
Лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних було визнано корисним за результатами метааналізу наявних даних; проте більшість досліджень є старими. Недавнє дослідження показало низький рівень пієлонефриту в жінок з низьким ризиком	1a

patients with renal transplants; patients prior to arthroplasty surgeries	1a 1b
Treatment of asymptomatic bacteriuria is harmful in patients with recurrent urinary tract infections	1b
Treatment of asymptomatic bacteriuria is beneficial prior to urological procedures breaching the mucosa	1a
Treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnant women was found to be beneficial by meta-analysis of the available evidence; however, most studies are old. A recent study reported lower rates of pyelonephritis in low-risk women	1a

Рекомендації	Рейтинг міцності
Не перевіряйте і не лікуйте безсимптомну бактеріурію за таких умов: жінки без факторів ризику; пацієнти з добре регульованим цукровим діабетом; жінки після менопаузи; пацієнти похилого віку, які знаходяться в стаціонарах; пацієнти з дисфункціональними і/або реконструйованими нижніми сечовивідними шляхами; пацієнти з пересадженою ниркою; пацієнти перед ендопротезуванням; пацієнти з рецидивуючими інфекціями сечовивідних шляхів	Сильний
Скринінг і лікування безсимптомної бактеріурії перед урологічними процедурами, що порушують цілісність слизової оболонки	Сильний
Скринінг і лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних за допомогою стандартного короткого курсу лікування	Слабкий

Recommendations	Strength rating
Do not screen or treat asymptomatic bacteriuria in the following conditions: women without risk factors; patients with well-regulated diabetes mellitus; post-menopausal women; elderly institutionalised patients; patients with dysfunctional and/or reconstructed lower urinary tracts; patients with renal transplants; patients prior to arthroplasty surgeries; patients with recurrent urinary tract infections	Strong
Screen for and treat asymptomatic bacteriuria prior to urological procedures breaching the mucosa	Strong
Screen for and treat asymptomatic bacteriuria in pregnant women with standard short course treatment	Weak

3.4.3.4. Резюме доказів і рекомендації щодо діагностичної оцінки неускладненого циститу

3.4.3.4. Summary of evidence and recommendations for the diagnostic evaluation of uncomplicated cystitis

Резюме доказів	LE
Точний діагноз неускладненого циститу може бути заснований на цілеспрямованому зборі анамнезу симптомів нижніх сечових шляхів і відсутності вагінальних виділень або подразнення	2b

Summary of evidence	LE
An accurate diagnosis of uncomplicated cystitis can be based on a focused history of lower urinary tract symptoms and the absence of vaginal discharge or irritation	2b

Рекомендації	Рейтинг міцності
Діагностуйте неускладнений цистит у жінок, які не мають інших факторів ризику ускладнених інфекцій сечовивідних шляхів, на основі: цілеспрямованого збору анамнезу симптомів нижніх сечовивідних шляхів (дизурія, частота і невідкладні позиви); відсутність вагінальних виділень	Сильний
Для діагностики гострого неускладненого циститу використовуйте тест-смужку	Слабкий

Recommendations	Strength rating
Diagnose uncomplicated cystitis in women who have no other risk factors for complicated urinary tract infections based on: a focused history of lower urinary tract symptoms (dysuria, frequency and urgency); the absence of vaginal discharge	Strong
Use urine dipstick testing for diagnosis of acute uncomplicated cystitis	Weak

Посів сечі слід проводити в таких ситуаціях: — підозра на гострий пієлонефрит; — симптоми, які не зникають або повторюються протягом чотирьох тижнів після завершення лікування; — жінки, які мають нетипові симптоми; — вагітна жінка	
--	--

Urine cultures should be done in the following situations: — suspected acute pyelonephritis; — symptoms that do not resolve or recur within four weeks after completion of treatment; — women who present with atypical symptoms; — pregnant women	
--	--

3.4.4.4. Резюме доказів і рекомендації щодо антимікробної терапії неускладненого циститу

3.4.4.4. Summary of evidence and recommendations for antimicrobial therapy for uncomplicated cystitis

Резюме доказів	LE
Клінічний успіх лікування неускладненого циститу значно більший у жінок, які отримували антимікробні препарати, ніж плацебо	1b
АмінOPENICILLINS більше не підходять для антимікробної терапії неускладненого циститу через негативні екологічні ефекти, високий рівень резистентності та їх підвищену селекцію щодо бактерій, які продукують бета-лактамази розширеного спектра (ESBL)	3

Summary of evidence	LE
Clinical success for the treatment of uncomplicated cystitis is significantly more likely in women treated with antimicrobials than placebo	1b
Aminopenicillins are no longer suitable for antimicrobial therapy in uncomplicated cystitis because of negative ecological effects, high resistance rates and their increased selection for extended spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing bacteria	3

Рекомендації	Рейтинг міцності
Призначають фосфоміцину трометамол, півмецилінам або нітрофурантоїн як препарати першої лінії при неускладненому циститі в жінок	Сильний
Не використовуйте амінOPENICILLINS або фторхінолони для лікування неускладненого циститу	Сильний

Recommendations	Strength rating
Prescribe fosfomycin trometamol, piv-mecillinam or nitrofurantoin as first-line treatment for uncomplicated cystitis in women	Strong
Do not use aminopenicillins or fluoroquinolones to treat uncomplicated cystitis	Strong

3.5.4. Резюме доказів і рекомендацій щодо діагностики та лікування рецидивуючих ІСШ (pICSH)

3.5.4. Summary of evidence and recommendations for the diagnostic evaluation and treatment of rUTIs

Резюме доказів	LE
Широке рутинне обстеження, включно з цистоскопією, візуалізацією тощо, має низьку діагностичну ефективність щодо pICSH	3
Збільшення споживання води є таким же ефективним, як антимікробна стратегія, для запобігання pICSH у жінок у пременопаузі з високим ризиком рецидиву, які вживають невеликі об'єми (< 1,5 л) рідини щодня	3
Замісна вагінальна естрогенна терапія продемонструвала тенденцію до запобігання pICSH у жінок у постменопаузі	1b
У кількох рандомізованих дослідженнях було показано, що імуноактивна профілактика є більш ефективною, ніж плацебо, у пацієнтів жіночої статі з pICSH	1a
Пробіотики, що містять <i>L.rhamnosus</i> GR-1, <i>L.reuteri</i> B-54 і RC-14, <i>L.casei shirota</i> або <i>L.crispatus</i> CTV-05, є ефективними для відновлення вагінальної флори та показали тенденцію до профілактики pICSH	1b

Summary of evidence	LE
Extensive routine workup including cystoscopy, imaging, etc. has a low diagnostic yield for the diagnosis of rUTI	3
Increased water intake is an effective antimicrobial-sparing strategy to prevent rUTI in premenopausal women at high risk for recurrence who drink low volumes (< 1.5 L) of fluid daily	3
Vaginal oestrogen replacement has shown a trend towards preventing rUTI in post-menopausal women	1b
Immunoactive prophylaxis has been shown to be more effective than placebo in female patients with rUTIs in several randomised trials with a good safety profile	1a
Probiotics containing <i>L.rhamnosus</i> GR-1, <i>L.reuteri</i> B-54 and RC-14, <i>L.casei shirota</i> , or <i>L.crispatus</i> CTV-05 are effective for vaginal flora restoration and have shown a trend towards prevention of rUTIs	1b

Сучасні наукові дані щодо ефективності журавлинних продуктів у профілактиці ІСШ є непере-конливими	1a
Існують суперечливі дані про ефективність D-манози для зменшення кількості епізодів ІСШ	2
На підставі обмежених доказів внутрішньоміху-рова терапія ГАГ може зменшити кількість ІСШ на одного пацієнта на рік і подовжити часовий інтервал між епізодами ІСШ	2
РКД продемонструвало не меншу ефективність прийому мефенаміну гіпурату двічі на день по-рівняно з щоденною антибіотикопрофілактикою	1b
Показано, що безперервна антимікробна профі-лактика низькими дозами і посткоїтальна анти-мікробна профілактика знижують частоту рІСШ	1b
Проспективне когортне дослідження показало, що інтермітуюча самостійна терапія є ефек-тивною, безпечною та економічною для жінок з рІСШ	2b

Current scientific evidence regarding the ef- ficacy of cranberry products in the prevention of UTIs is inconclusive	1a
There is contradictory evidence on the ef- ficacy of D-mannose to reduce the number of UTI episodes	2
Based on limited evidence intravesical GAG therapy can reduce the number of UTIs per patient per year, and prolong the time interval between rUTI episodes	2
A RCT demonstrated the non-inferiority of twice-daily methenamine hippurate to daily antibiotic prophylaxis	1b
Both continuous low-dose antimicrobial prophy- laxis and post-coital antimicrobial prophylaxis, have been shown to reduce the rate of rUTI	1b
A prospective cohort study showed that inter- mittent self-start therapy is effective, safe and economical in women with rUTIs	2b

Рекомендації	Рейтинг міцності
Діагностуйте рецидив ІСШ за допомогою посіву сечі	Сильний
Не проводьте розширене рутинне обстежен- ня (наприклад, цистоскопію, повне ультра- звукове дослідження черевної порожнини) у жінок, молодших за 40 років, з рецидивуючи- ми ІСШ і без факторів ризику	Слабкий
Порадьте жінкам у перименопаузі збільшення споживання рідини, оскільки це може змен- шити ризик повторних ІСШ	Слабкий
Використовуйте вагінальну замісну естро- генну терапію в жінок у постменопаузі, щоб запобігти рецидиву ІСШ	Сильний
Використовуйте імуніоактивну профілактику для зменшення повторних ІСШ у всіх вікових групах	Сильний
Рекомендуйте пацієнтам використання місце- вих або пероральних пробіотиків, що містять штами з доведеною ефективністю, для віднов- лення вагінальної флори для запобігання ІСШ	Слабкий
Консультуйте пацієнтів щодо використання продуктів з журавлини для зменшення по- вторних епізодів ІСШ; однак пацієнтів слід поінформувати про те, що якість доказів, які підтверджують це, низька і має суперечливі результати	Слабкий
Використовуйте D-манозу для зменшення повторних епізодів ІСШ, але пацієнтів слід поінформувати про слабкі й суперечливі до- кази її ефективності	Слабкий
Використовуйте мефенамін гіпурат для зменшення повторних епізодів ІСШ у жінок без аномалій сечовивідних шляхів	Сильний
Використовуйте внутрішньоміхурові інстиля- ції гіалуронової кислоти або комбінації гіа- лууронової кислоти та хондроїтину сульфату, щоб запобігти повторним ІСШ у пацієнтів,	

Recommendations	Strength rating
Diagnose recurrent UTI by urine culture	Strong
Do not perform an extensive routine workup (e.g., cystoscopy, full abdominal ultrasound) in women younger than 40 years of age with recurrent UTI and no risk factors	Weak
Advise pre-menopausal women regard- ing increased fluid intake as it might reduce the risk of recurrent UTI	Weak
Use vaginal oestrogen replacement in post-menopausal women to prevent recurrent UTI	Strong
Use immunoactive prophylaxis to reduce recurrent UTI in all age groups	Strong
Advise patients on the use of local or oral probiotic containing strains of proven efficacy for vaginal flora rege- neration to prevent UTIs	Weak
Advise patients on the use of cran- berry products to reduce recurrent UTI episodes; however, patients should be informed that the quality of evidence underpinning this is low with contradic- tory findings	Weak
Use D-mannose to reduce recurrent UTI episodes, but patients should be informed of the overall weak and contra- dictory evidence of its effectiveness	Weak
Use methenamine hippurate to reduce recurrent UTI episodes in women with- out abnormalities of the urinary tract	Strong
Use endovesical instillations of hyal- uronic acid or a combination of hyal- uronic acid and chondroitin sulphate to prevent recurrent UTIs in patients	

у яких менш інвазивні профілактичні підходи виявилися неефективними. Пацієнти повинні бути проінформовані про те, що необхідні подальші дослідження для підтвердження результатів початкових досліджень	Слабкий	where less invasive preventive approaches have been unsuccessful. Patients should be informed that further studies are needed to confirm the results of initial trials	Weak
Використовуйте безперервну або посткоїтальну антимікробну профілактику, щоб запобігти рецидиву ІСШ, якщо неантимікробні заходи не дали результату. Консультуйте пацієнтів щодо можливих побічних ефектів	Сильний	Use continuous or post-coital antimicrobial prophylaxis to prevent recurrent UTI when non-antimicrobial interventions have failed. Counsel patients regarding possible side effects	Strong
Для пацієнтів із належним комплаєнсом слід розглянути можливість самостійного призначення короткочасної протимікробної терапії	Сильний	For patients with good compliance self-administered short-term antimicrobial therapy should be considered	Strong

3.6.2. Резюме доказів і рекомендації щодо діагностичної оцінки неускладненого пієлонефриту

Резюме доказів	LE
У всіх випадках пієлонефриту на додаток до аналізу сечі слід проводити посів сечі та визначення чутливості до антимікробних препаратів	4
Проспективне обсерваційне когортне дослідження показало, що рентгенологічне дослідження можна вибірково застосовувати в дорослих із фебрильною ІСШ без втрати клінічно значущої інформації за допомогою простого правила клінічного прогнозування	2b
Додаткові візуалізаційні дослідження, такі як спіральна комп'ютерна томографія без посилення, слід проводити, якщо в пацієнта залишається лихоманка після 72 годин лікування або в пацієнтів є підозра на ускладнення, наприклад сепсис	4

Рекомендації	Рейтинг міцності
Виконуйте аналіз сечі (наприклад, за допомогою тестової смужки), включно з оцінкою лейкоцитів, еритроцитів і нітритів, для рутинної діагностики	Сильний
Проводьте посів сечі та визначення чутливості до антимікробних препаратів у пацієнтів з пієлонефритом	Сильний
Проводьте томографію сечовивідних шляхів для виключення урологічних розладів	Сильний

3.6.3.2.1. Резюме доказів і рекомендації щодо лікування неускладненого пієлонефриту

Резюме доказів	LE
Фторхінолони та цефалоспори є єдиними мікробними препаратами, які можна рекомендувати для перорального емпіричного лікування неускладненого пієлонефриту	1b
Схеми внутрішньовенного антимікробного введення при неускладненому пієлонефриті можуть включати фторхінолони, аміноглікозиди (з ампіциліном або без нього) або цефалоспори чи пеніциліни розширеного спектра дії	1b

3.6.2. Summary of evidence and recommendations for the diagnostic evaluation of uncomplicated pyelonephritis

Summary of evidence	LE
Urine culture and antimicrobial susceptibility testing should be performed in all cases of pyelonephritis in addition to urinalysis	4
A prospective observational cohort study found that radiologic imaging can selectively be applied in adults with febrile UTI without loss of clinically relevant information by using a simple clinical prediction rule	2b
Additional imaging investigations, such as an unenhanced helical computed tomography should be done if the patient remains febrile after 72 hours of treatment or in patients with suspected complications e.g. sepsis	4

Recommendations	Strength rating
Perform urinalysis (e.g. using the dipstick method), including the assessment of white and red blood cells and nitrite, for routine diagnosis	Strong
Perform urine culture and antimicrobial susceptibility testing in patients with pyelonephritis	Strong
Perform imaging of the urinary tract to exclude urgent urological disorders	Strong

3.6.3.2.1. Summary of evidence and recommendations for the treatment of uncomplicated pyelonephritis

Summary of evidence	LE
Fluoroquinolones and cephalosporins are the only microbial agents that can be recommended for oral empirical treatment of uncomplicated pyelonephritis	1b
Intravenous antimicrobial regimens for uncomplicated pyelonephritis may include a fluoroquinolone, an aminoglycoside (with or without ampicillin), or an extended-spectrum cephalosporin or penicillin	1b

Карбапенеми слід розглядати лише пацієнтам із ранніми результатами посіву, які вказують на наявність мультирезистентних організмів	4
Відповідний антимікробний препарат слід обирати на основі місцевих моделей резистентності та оптимізувати на основі результатів чутливості до препарату	3

Carbapenems should only be considered in patients with early culture results indicating the presence of multi-drug resistant organisms	4
The appropriate antimicrobial should be chosen based on local resistance patterns and optimised on the basis of drug susceptibility results	3

Рекомендації	Рейтинг міцності
Лікуйте пацієнтів з неускладненим пієлонефритом, які не потребують госпіталізації, короткими курсами фторхінолонів як лікування першої лінії	Сильний
Лікуйте пацієнтів з неускладненим пієлонефритом, які потребують госпіталізації, спочатку внутрішньовенним антимікробним режимом	Сильний
Переведіть пацієнтів, які спочатку отримували парентеральне лікування, у яких стан клінічно покращився і вони можуть переносити пероральні рідини, на пероральну антимікробну терапію	Сильний
Не використовуйте нітрофурантоїн, пероральний фосфоміцин і півмецилін для лікування неускладненого пієлонефриту	Сильний

Recommendations	Strength rating
Treat patients with uncomplicated pyelonephritis not requiring hospitalisation with short course fluoroquinolones as first-line treatment	Strong
Treat patients with uncomplicated pyelonephritis requiring hospitalisation with an intravenous antimicrobial regimen initially	Strong
Switch patients initially treated with parenteral therapy, who improve clinically and can tolerate oral fluids, to oral antimicrobial therapy	Strong
Do not use nitrofurantoin, oral fosfomycin, and pivmecillinam to treat uncomplicated pyelonephritis	Strong

3.7.5. Резюме доказів і рекомендації щодо лікування ускладнених ІСШ

3.7.5. Summary of evidence and recommendations for the treatment of complicated UTIs

Резюме доказів	LE
Пацієнти з ІСШ із системними симптомами, які вимагають госпіталізації, спочатку повинні отримувати внутрішньовенне антимікробне введення, вибране на основі даних про місцеву резистентність і попередніх результатів посіву сечі пацієнта, якщо такі є. Схему слід підбирати на основі результатів визначення чутливості	1b
Якщо вважається, що поширеність резистентності до фторхінолонів становить < 10 % і пацієнтка має протипоказання до цефалоспоринів третього покоління або аміноглікозидів, ципрофлоксацин можна призначити як емпіричне лікування жінкам з ускладненим пієлонефритом	2
У разі підвищеної чутливості до пеніциліну цефалоспорины можуть бути призначені, якщо в пацієнта в минулому не було системної анафілаксії	2
У пацієнтів з ускладненими ІСШ із системними симптомами емпіричне лікування має охоплювати ESBL, якщо існує підвищена ймовірність інфікування ESBL на основі поширеності в суспільстві, раніше зібраних культур і попереднього впливу антимікробних препаратів на пацієнта	2
Внутрішньовенне введення левофлоксацину в дозі 750 мг один раз на добу протягом п'яти днів не поступається схемі застосування левофлоксацину в дозі 500 мг один раз на добу від семи до чотирнадцяти днів, починаючи з внутрішньовенного введення і переходячи на пероральний режим (на основі пом'якшення клінічних симптомів)	2

Summary of evidence	LE
Patients with a UTI with systemic symptoms requiring hospitalisation should be initially treated with an intravenous antimicrobial regimen chosen based on local resistance data and previous urine culture results from the patient, if available. The regimen should be tailored on the basis of susceptibility results	1b
If the prevalence of fluoroquinolone resistance is thought to be < 10 % and the patient has contraindications for third generation cephalosporins or an aminoglycoside, ciprofloxacin can be prescribed as an empirical treatment in women with complicated pyelonephritis	2
In the event of hypersensitivity to penicillin a cephalosporins can still be prescribed, unless the patient has had systemic anaphylaxis in the past	2
In patients with a cUTI with systemic symptoms, empirical treatment should cover ESBL if there is an increased likelihood of ESBL infection based on prevalence in the community, earlier collected cultures and prior antimicrobial exposure of the patient	2
Intravenous levofloxacin 750 mg once daily for five days, is non-inferior to a seven to fourteen day regimen of levofloxacin 500 mg once daily starting intravenously and switched to an oral regimen (based on mitigation of clinical symptoms)	2

Рекомендації	Рейтинг міцності	Recommendations	Strength rating
Використовуйте комбінацію: — амоксицилін плюс аміноглікозид; — цефалоспорин другого покоління плюс аміноглікозид; — цефалоспорин третього покоління внутрішньовенно як емпіричне лікування ускладнених ІСШ із системними симптомами	Сильний	Use the combination of: — amoxicillin plus an aminoglycoside; — a second generation cephalosporin plus an aminoglycoside; — a third-generation cephalosporin intravenously as empirical treatment of complicated UTI with systemic symptoms	Strong
Використовуйте ципрофлоксацин лише за умови, що частка місцевої резистентності становить < 10 %, коли: — усе лікування проводиться перорально; — пацієнти не потребують госпіталізації; — пацієнт має анафілактичний шок від бета-лактамних протимікробних препаратів	Сильний	Only use ciprofloxacin provided that the local resistance percentages are < 10 % when; — the entire treatment is given orally; — patients do not require hospitalisation; — patient has an anaphylaxis for beta-lactam antimicrobials	Strong
Не використовуйте ципрофлоксацин та інші фторхінолони для емпіричного лікування ускладнених ІСШ у пацієнтів урологічних відділень або якщо пацієнти застосовували фторхінолони протягом останніх шести місяців	Сильний	Do not use ciprofloxacin and other fluoroquinolones for the empirical treatment of complicated UTI in patients from urology departments or when patients have used fluoroquinolones in the last six months	Strong
Лікуйте будь-які урологічні аномалії і/або основні ускладнюючі фактори	Сильний	Manage any urological abnormality and/or underlying complicating factors	Strong

Переклад: к.м.н. М.Д. Іванова ■