

Republička stručna komisija za izradu
i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

IZBOR I UPOTREBA ANTIBIOTIKA U OPŠTOJ PRAKSI

Nacionalni vodič za lekare
u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Novembar, 2004.



Projekat izrade Vodiča za kliničku praksu
Finansira Evropska unija i rukovodi
Evropska agencija za rekonstrukciju

IZBOR I UPOTREBA ANTIBIOTIKA U OPŠTOJ PRAKSI

Nacionalni vodič za lekare opšte prakse
Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u
kliničkoj praksi

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Izdavač: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
CIBID – Centar za izdavačku, bibliotečku i informacionu delatnost
Za izdavača: Dragan Pantelić, Direktor CIBID–a

Tehnička priprema: Aleksandar Mandić

Štampa: Valjevo print

Tiraž: 3500, I izdanje

© Copyright Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

ISBN 86–7117–122–1

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd
615.33. 03 (083.1)

IZBOR i upotreba antibiotika u opštoj praksi / (priredila) Radna grupa za izradu vodiča, rukovodilac Slobodan Janković). – 1. izd. – Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta, CIBID, 2004 (Valjevo: Valjevo print). – VII, 39 str.; tabele; 21 cm. – (Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj praksi / Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi)

Tiraž 3.000. – Bibliografija: str. 19–39.

ISBN 86–7117–122–1

1. Srbija. Ministarstvo zdravlja.

Republička stručna komisija za izradu i implementaciju

a) Antibiotici– Primena – Uputstva

COBISS. SR-ID 118975244

UVODNA REČ

"Medicina koja se zasniva na dokazima je ona koja koristi najbolje dokaze koji su nam na raspolaganju, u zdravstvenoj zaštiti celokupnog stanovništva ili pojedinih njegovih grupa."

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije je, u želji da stvori jedan modern sistem zdravstvene zaštite u kome bi pacijenti bili lečeni na jednak i za sada najbolji dokazani način, pokrenuo pisanje vodiča sa ciljem da standardizuje dijagnostičko–terapijske procedure.

Tim povodom je imenovana Republička stručna komisija za razvoj i implementaciju vodiča kliničke prakse. U njenom sastavu su profesori Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta, predstavnici zdravstvenih ustanova (Domova zdravlja, bolnica i Kliničkih centara), medicinskih udruženja i drugih institucija sistema zdravstvene zaštite u Srbiji.

Da bi definisala način svog rada ova komisija je izradila dokument – Poslovník o radu RSK za vodiče.

Teme su birane u skladu sa rezultatima studije "Opterećenje boles-tima u Srbiji" i iz oblasti u kojima postoje velike varijacije u lečenju, sve u cilju smanjenja stope morbiditeta i mortaliteta.

Rukovodioci radnih grupa za izradu vodiča su eksperti za određenu oblast, poznati široj stručnoj javnosti i predloženi od strane RSK. Oni su bili u obavezi da formiraju multidisciplinarni tim.

Svaki vodič je u svojoj radnoj verziji bio testiran u DZ Voždovac i DZ Zemun, a zatim u završnoj formi prezentovan ispred odgovarajuće sekcije SLD ili Udruženja, koji su zatim dali svoje stručno mišljenje u pis-menoj formi. Tek nakon ovoga RSK je bila u mogućnosti da ozvaniči Nacionalni vodič.

Za tehničku pomoć u realizaciji ovog projekta, Evropska unija je preko Evropske agencije za rekonstrukciju, angažovala Crown Agents.

Želim da se zahvalim svima koji su učestvovali u ovom procesu, na entuzijazmu i velikom trudu, i da sve korisnike ohrabrim u primeni vodiča.

*Predsednik RSK za izradu i
implementaciju vodiča u kliničkoj praksi*

Beograd, Novembar 2004.

*Prof. dr Vera Popović
Profesor Medicinskog fakulteta
Univerziteta u Beogradu*

Radna grupa za izradu vodiča

Rukovodilac:

Prof. dr Slobodan Janković,
Klinički bolnički centar Kragujevac, Medicinski fakultet, Kragujevac
e-mail: *slobnera@Eunet.yu*

Sekretar:

Prof. dr Milorad Pavlović,
Klinika za infektivne i tropske bolesti, Klinički centar Srbije,
Medicinski fakultet, Beograd

Članovi:

Prof. dr Mijomir Pelemiš,
KKlinika za infektivne i tropske bolesti, Klinički centar Srbije,
Medicinski fakultet, Beograd

Mr Ph Tim Dodd,
Crown Agents, Beograd

KLASIFIKACIJA PREPORUKA

Ovaj vodič je zasnovan na dokazima sa ciljem da pomogne lekarima u donošenju odluke o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti.

Svaka preporuka, data u vodiču, je stepenovana rimskim brojevima (I, IIa, IIb, III) u zavisnosti od toga koji nivo dokaza je poslužio za klasifikaciju:

Nivo dokaza

- A** Dokazi iz meta analiza multicentričnih, dobro dizajniranih kontrolisanih studija. Randomizirane studije sa niskim lažno pozitivnim i niskim lažno negativnim greškama (visoka pouzdanost studija)
- B** Dokazi iz, najmanje jedne, dobro dizajnirane eksperimentalne studije. Randomizirane studije sa visoko lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (niska pouzdanost studije)
- C** Konsenzus eksperata







Stepen preporuke




- I** Postoje dokazi da je određena procedura ili terapija upotrebljiva ili korisna
- II** Stanja gde su mišljenja i dokazi suprotstavljeni
 - IIa** Procena stavova/dokaza je u korist upotrebljivosti
 - IIb** Primenljivost je manje dokumentovana na osnovu dokaza
- III** Stanja za koje postoje dokazi ili generalno slaganje da procedura nije primenljiva i u nekim slučajevima može biti štetna
- Preporuka zasnovana na kliničkom iskustvu grupe koja je sačinila vodič

SADRŽAJ

I. PRINCIPI RACIONALNE UPOTREBE ANTIBIOTIKA	1
II. DIJAGNOZA, UZROČNIK, TERAPIJA	4
– INFEKCIJE RESPIRATORNOG TRAKTA	4
– ORL INFEKCIJE	6
– INFEKCIJE URINARNOG TRAKTA	8
– INFEKCIJE GENITALNOG TRAKTA	9
– INFEKCIJE GASTROINTESTINALNOG TRAKTA	11
– INFEKCIJE MEKIH TKIVA	12
– INFEKCIJE OKA	14
III. INTERAKCIJE	15
Literatura	19

I. PRINCIPI RACIONALNE UPOTREBE ANTIBIOTIKA



Nivo dokaza	Opšte napomene	Stepen preporuke
	<p>Antibiotike treba upotrebljavati jedino kada je moguće naučno dokazati značajnu dobrobit</p>	
	<p>Opšte govoreći, antimikrobni spektar odabranog leka bi trebalo da bude najuži koji pokriva poznatog ili verovatnog patogena ili patogene.</p>	
	<p>Trebalo bi upotrebljavati pojedinačne agense, sem u slučaju gde je dokazano da je neophodna kombinovana terapija, da bi se obezbedila efikasnost ili smanjilo stvaranje klinički značajne rezistencije.</p> <p><i>Monoterapija je većinom efikasna koliko i kombinovana terapija, ali su troškovi značajno niži.</i></p>	
	<p>Doza bi trebalo da bude dovoljno velika da obezbedi efikasnost i svede na minimum rizik od rezistencije a dovoljno mala da svede na minimum toksičnost vezanu za dozu.</p>	



Nivo dokaza	Terapija	Stepen preporuke
	<p>Izbor terapije treba da bude zasnovan ili na kulturi i rezultatima testa osetljivosti (usmerena terapija) ili na poznatim čestim patogenima u tom stanju i njihovim sadašnjim oblicima rezistencije (empirijska terapija).</p>	
	<p>Trajanje antibiotske terapije bi trebalo da bude što je kraće moguće; 3–5 dana može biti dovoljno u mnogim slučajevima, i ne bi trebalo da prelazi 7 dana, sem ukoliko ima dokaza da je kraći period neadekvatan.</p>	

Nivo dokaza	Profilaksa	Stepen preporuke
B	<i>Izbor treba da bude zasnovan na poznatom ili verovatnom ciljnom patogenu ili patogenima.</i>	Ila
A	Trajanje bi trebalo da bude što je moguće kraće. Jedna doza antibiotika se preporučuje za hiruršku profilaksu. Produžena profilaksa treba da se daje jedino kada se pokaže da dobrobiti premašuju rizike rezistencije.	I





Nivo dokaza	Politika upotrebe antibiotika	Stepen preporuke
C	Čvrsta kontrola kako izbora lekova tako i doziranja i dužine terapije je važna da bi se izbeglo razvijanje rezistencije bakterija. Važno je da u svakoj instituciji postoji zajednički stav u vezi sa time koji će se koristiti antimikrobni lekovi i kako. Da bi se obezbedilo da u slučajevima gde postoji rezistentnost na standardnu terapiju ipak raspoložemo efikasnim lekovima, potrebno je da neki antimikrobni lekovi budu rezervisani za suzbijanje infekcija koje su otporne na standardne režime. Zato svaka institucija treba da formira "Politiku upotrebe antibiotika".	Ila





Nivo dokaza	Procena delotvornosti antibiotika	Stepen preporuke
B	<i>Kada se započne uzimanje antibiotika, posle 48–72 sata treba utvrditi da li postoji povoljan klinički efekat ili ne. Ako efekat postoji, terapija se nastavlja, a ako efekta nema, antibiotik se mora promeniti.</i>	Ila





Nivo dokaza	Izbor oralne ili parenteralne terapije	Stepen preporuke
	<p data-bbox="230 220 863 475">U poređenju sa oralnim uzimanjem, parenteralna upotreba antimikrobnih lekova ima nekoliko nedostataka, uključujući i veći rizik od ozbiljnih neželjenih pojava, mnogo veću cenu proizvedenog medikamenta, dodatnu cenu opreme i dodatno vreme i iskustvo koje je potrebno za davanje leka.</p> <p data-bbox="230 491 863 563">Oralna treapija treba da se koristi radije nego parenteralna terapija sem ukoliko:</p> <ul data-bbox="230 571 863 1145" style="list-style-type: none"> ■ Za oralno davanje nema tolerancije ili ono nije moguće, npr. teškoće pri gutanju. ■ Gastrointestinalna apsorpcija je očit problem (npr. povraćanje, akutna dijareja, gastrointestinalna patologija) ili mogući problem koji može naglasiti lošu bioiskoristljivost oralnog antimikrobnog leka. ■ Nije dostupan oralni antimikrobni lek odgovarajućeg spektra. ■ Presudni su visoki nivoi koncentracije leka u tkivu a nije ih moguće ostvariti oralnim uzimanjem, npr. endokarditis, meningitis, osteomijelitis, septički artritis. ■ Potrebno je urgentno lečenje zbog ozbiljne bolesti koja brzo napreduje. ■ Bolesnik se verovatno neće pridržavati terapije. <p data-bbox="230 1153 863 1297">Ako je upotrebljen parenteralni put, potreba za nastavljanjem davanja leka ovom metodom treba da se procenjuje svaki dan, i lečenje zameni oralnim putem što je pre moguće.</p> <p data-bbox="230 1313 863 1457">Većina farmakoekonomskih studija je pokazala da je efikasnost oralne formulacije antibiotika ista kao efikasnost parenteralne formulacije, dok su troškovi 3 – 5 puta manji.</p>	





Nivo dokaza	Lokalna antibiotska terapija	Stepen preporuke
	<p>Postoji veoma visok rizik razvijanja rezistentnih mikroorganizama i pojačane osetljivosti vezane za upotrebu lokalne antimikrobne terapije. Iz tog razloga, lokalna terapija je ograničena na nekoliko dokazanih indikacija, npr. infekcije oka.</p> <p>Opšte govoreći, u slučajevima kada su antimikrobni lekovi preporučeni za uzimanje lokalno, biraju se iz klasa koje nisu u sistemsnoj terapiji.</p>	







II. DIJAGNOZA, UZROČNIK, TERAPIJA

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije respiratornog trakta				 
Akutni bronhitis	<i>Virusi 90%, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae</i>	Ne primenjivati antibiotike.	Po potrebi anti-tusici ili bronhodilatatori.	 
Egzacerbacija hroničnog bronhitisa	<i>Virusi 25 – 50%, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis</i>	Za blagu bolest ne davati antibiotik. Za umereno tešku bolest: Amoksicilin, 500mg na 8h, oralno; Kod težih infekcija: amoksicilin/klavulanat	Cefalosporini II ili III generacije za oralnu upotrebu. Eritromicin, azitromicin ili klaritromicin ako postoji alergija na penicilin.	

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije respiratornog trakta				
Blaga do umerena pneumonija izazvana vanbolničkim uzročnikom, kod dece mlađe od 5 godina	<i>Virusi,</i> <i>Streptococcus pneumoniae,</i> <i>Haemophilus influenzae,</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Amoksicilin 100mg/kg/dan, podeljeno na tri doze Ako se sumnja da su uzročnici mikoplazme, primeniti makrolide.	Cefalosporini II ili III generacije za oralnu upotrebu. Eritromicin, ako postoji alergija na penicilin, ili azitromicin ili klaritromicin.	 
Vanbolnička pneumonija kod dece starije od 5 godina i odraslih	<i>Mycoplasma pneumoniae,</i> <i>Chlamydia pneumoniae,</i> <i>Coxiella burnetti,</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Azitromicin 500mg dnevno prvog dana, zatim 250mg dnevno deca: 10mg/kg/dan prvog dana, zatim 5mg/kg/dan ili Klaritromicin 500mg na 12h, oralno deca: 7.5mg/kg na 12h, oralno Antibiotike davati još 3–5 dana pošto pacijent postane afebrilan.	Doksiciklin ili fluorohinolon kao lek druge linije. <i>Najbolji odnos troškovi/efekat ima azitromicin.</i>	 

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
ORL Infekcije				
Tonsillopharyngitis	Virus (najverovatnije) ili <i>Streptococcus pyogenes</i>	Ne primenjivati antibiotike. Fenoksimetilpenicilin (penicilin V) 10 dana ili 1 injekcija benzatin-benzilpenicilina ili cefaleksin/cefadroksil 10 dana. Penicilin i dalje ima najbolji odnos troškovi/efekat	Potrebna desetodnevna terapija zbog prevencije sekvela. U slučaju alergije na penicilin upotrebiti eritromicin 10 dana ili azitromicin 5 dana. Izbeći amoksicilin ili ampicillin.	 
Akutni otitis media ili mastoiditis	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i>	Amoksicilin, ako prethodno pacijent nije primao antibiotike. deca: 40mg/kg/dan, podeljeno na tri doze	Amoksicilin/klavulanat, ako je pacijent prethodno primao antibiotike. deca: 90mg/kg/dan, podeljeno u dve ili tri doze Alternativa: Cefalosporini II ili III generacije za oralnu upotrebu.	 





Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
ORL Infekcije				
Akutni sinuzitis	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catharralis</i>	Antibiotike davati samo ako pacijent ima bolove, gnojnu sekreciju iz nosa ili visoku temperaturu. Ako pacijent nije primao antibiotike prethodnog meseca, lek izbora je amoksicilin .	Ako je pacijent primao antibiotike prethodnog meseca, lek izbora je amoksicilin/klavulanat ili fluorohinolon (fluorohinoloni samo kod odraslih). Alternativa: Cefalosporini II ili III generacije za oralnu upotrebu.	 
Hronični sinuzitis	Kao za akutni sinuzitis; anaerobne bakterije <i>Staphylococcus aureus</i>	Antibiotici obično nisu efikasni; primeniti kapi fiziološkog rastvora.	U egzacerbaciji: amoksicilin/klavulanat	 



Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije urinarnog trakta				
Cystitis	<i>Escherichia coli</i> , <i>Enterobacter spp.</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , <i>Staphylococcus saprophyticus</i>	Trimethoprim/sulfametoksazol, ako je manje od 20% lokalnih sojeva <i>E.coli</i> rezistentno na taj lek; ako je taj procenat veći, onda fluorohinolon.	Povratne infekcije potrebno dodatno dijagnostički razmotriti.	 
Pyelonephritis (u opštoj praksi lečiti samo na osnovu mišljenja specijaliste urologije)	<i>Escherichia coli</i> , <i>Enterobacter spp.</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>	Ciprofloksacin	Amoksisilin/klavulanat ili oralni cefalosporin	 
Asimptomatska bakteriurija (trudnice)	<i>Escherichia coli</i> , <i>Staphylococcus saprophyticus</i>	Amoksisilin ili cefaleksin/cefadroksil	Nitrofurantoin je lek druge linije. Ne lečiti pacijente koji nisu u drugom stanju ili imaju kateter.	 




Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije genitalnog trakta – Vaginalna oboljenja				
Vaginalna kandidijaza	<i>Candida albicans</i>	Klotrimazol lokalno, vaginalni crem 1% (5g) jednom dnevno, 7 dana ili vaginalne tablete od 100 mg/dan, 7 dana	Flukonazol 150mg oralno u jednoj dozi ili itrakonazol dve doze od 200mg, sa razmakom od 12h	B Ila
Bakterijska vaginoza	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Bacteroides non-fragilis</i> i druge anaerobne bakterije	Metronidazol 500mg oralno na 12h, 7 dana	Klindamicin 300mg oralno na 12h, 7 dana	B Ila
Trichomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol	Lečiti partnera	C Ila
Adneksitis (salpingitis, tubo-ovarijalni apsces) (u opštoj praksi lečiti samo na osnovu mišljenja specijaliste ginekologije)	anaerobne bakterije, <i>Clamymdia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Escherichia coli</i>	Ofloksacin 400mg/12h oralno + metronidazol 500mg/12h oralno 14 dana	Klindamicin i.v. + gentamicin i.m., zatim doksiciklin	C Ila

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije genitalnog trakta – Urethritis				
Urethritis	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>	Ofloksacin 400mg u jednoj dozi oralno + azitromicin 1g oralno, jedna doza	Ceftriakson 125mg i.m. + azitromicin 1g oralno, jedna doza	C IIa
Akutni prostatitis kod mlađih od 35 godina	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ofloksacin	Ceftriakson + doksiciklin	C IIb
Akutni prostatitis kod starijih od 35 godina	<i>Escherichia coli</i> , <i>Enterobacter spp.</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>	Ciprofloksacin ili ofloksacin	Kotrimoksazol	C IIb
Epididymo–orchitis	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ofloksacin	Ceftriakson + doksiciklin	C IIb
Epididymo–orchitis	<i>Escherichia coli</i> , <i>Enterobacter spp.</i>	Ciprofloksacin ili ofloksacin	Cefalosporin III generacije (ceftriakson, cefotaksim)	C IIb

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije gastrointestinalnog trakta				
Akutna zapaljen-ska dijareja (u opštoj praksi lečiti samo na osnovu mišljenja specijaliste infektologa)	<i>Campylobacter spp.</i> , <i>Shigella spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , enteropatogena <i>Escherichia coli</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i>	Ciprofloksacin ili kotrimoksazol	Indikovano u slučaju prisustva krvi/mukusa u stolici, abdominalnog bola, groznice, tenezma. Takođe razmotriti <i>Clostridium difficile</i> (kolitis udružen sa antibiotskom terapijom). Uputiti pacijenta infektologu.	 
Akutna nezapaljen-ska dijareja	<i>Rotavirusi</i> , <i>Campylobacter spp.</i> , <i>Shigella spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i>	Ne primenjivati antibiotike.		 
Putnička dijareja	Enterotoksična <i>Escherichia coli</i> , <i>Shigella spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Campylobacter spp.</i> , amebe digestivnog trakta	Ciprofloksacin		 

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije gastrointestinalnog trakta				
Duodenalni ulkus	<i>Helicobacter pylori</i>	Omeprazol + klaritromicin + amoksicilin Terapija traje 14 dana.	Alternativno: omeprazol + metronidazol + tetraciklin + bizmut. Terapija traje 14 dana.	 
Impetigo	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , Beta hemolitičke streptokoke grupa C i G	Cefalosporini I ili II generacije za oralnu upotrebu ili azitromicin ili dikloksacilin ili oksacilin; ako je lezija mala, može se pokušati prvo sa lokalnom primenom mupirocina.	Eritromicin ili klaritromicin	 

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije mekih tkiva				
Celulitis na ekstremitetima	<i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Clostridium spp.</i>	Penicilin G (velike doze) ili eritromicin ili amoksicilin sa klavulanskom kiselinom ili oksacilin	Azitromicin ili cefalosporini II ili III generacije za oralnu upotrebu.	 

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije mekih tkiva				
Erysipelas	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Penicilin G (velike doze) ili cefazolin	Eritromicin ili azitromicin ili klaritromicin	
Ulkus stopala kod dijabetičara	Mešovita infekcija: <i>Staphylococcus aureus</i> beta hemolitičke streptokoke grupa A, C i G anaerobne bakterije	Primeniti antibiotike samo ako postoji celulitis! Ako je infekcija lakša, primeniti eritromicin ili cefaleksin.	Ako je infekcija teža, ili nema poboljšanja, dodati metronidazol ili primeniti samo amoksicilin/klavulanat. Alternativa: Cefalosporini II ili III generacije za oralnu upotrebu	 
Ujed životinje (profilaksa i lečenje) Preporučuje se profilaksa kod starijih od 50 godina, "ubodnih" ujeda ili ujeda na šaci.	<i>Pasteurella multocida</i> , viridans streptokoke, <i>Staphylococcus aureus</i> , anaerobne bakterije	Amoksicilin/klavulanat (875/125mg dva puta dnevno, oralno) ili eritromicin + metronidazol	Doksiciklin kod ujeda mačke, a klindamicin + kotrimoksazol (ili ciprofloksacin) kod ujeda psa.	
Ujed čoveka (profilaksa i lečenje) Preporučuje se profilaksa kod starijih od 50 godina, "ubodnih" ujeda ili ujeda na šaci.	Viridans streptokoke, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus epidermidis</i> , <i>Corynebacterium spp.</i> , <i>Eikenella spp.</i>	Amoksicilin/klavulanat (875/125mg dva puta dnevno, oralno)	Klindamicin + kotrimoksazol (ili ciprofloksacin)	 

Dijagnoza	Najverovatniji uzročnik	Terapija prvog izbora	Alternativna terapija i/ili komentar	Nivo dokaza i Stepen prep.
Infekcije oka				
Conjunctivitis	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Chlamidia trachomatis</i> Kod osoba sa kontaktnim sočivima: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Ophtalmia neonatorum: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Lokalno hloramfenikol ili gentamicin ili fluorohinoloni Ako je uzročnik hlamidija, sistemski (oralno) doksiciklin ili eritromicin.	Azitromicin sistemski (oralno)	B IIb
Bakterijski keratitis (u opštoj praksi lečiti samo na osnovu mišljenja specijaliste oftalmologa)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> Kod osoba sa kontaktnim sočivima: <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Lokalno gentamicin ili tobramicin Kod korisnika kontaktnih sočiva: gentamicin ili ofloksacin	Lokalno ciprofloksacin	B IIb

II. DIJAGNOZA, UZROČNIK, TERAPIJA

Tabela 2. Klinički značajne interakcije antibiotika međusobno i sa drugim lekovima (antibiotici su poređani po abecednom redu).

Antibiotik	Lek sa kojim stupa u interakciju	Objašnjenje
Gentamicin	Diuretici Henleove petlje	Pojačava se nefrotoksičnost aminoglikozida.
	Ciklosporin	Pojačava se nefrotoksičnost aminoglikozida.
	Cisplatin	Pojačava se nefrotoksičnost aminoglikozida.
	Nedepolarizirajući neuro–mišićni relaksansi.	Pojačava se neuromišićni blok.
	Neostigmin i piridostigmin	Smanjenje efekta neostigmina i piridostigmina.
Antibiotici širokog spektra dejstva	Oralni kontraceptivi	Smanjuje se kontraceptivni efekat.
Ciprofloksacin	Varfarin	Pojačava se antikoagulantni efekat varfarina.
Cefalosporini	Diuretici Henleove petlje	Pojačava se nefrotoksičnost cefalosporina.
	Varfarin	Cefamandol pojačava antikoagulantni efekat varfarina.
Eritromicin i drugi makrolidi	Varfarin	Pojačava se antikoagulantni efekat varfarina.
	Karbamazepin	Raste koncentracija karbamazepina u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma.
	Fenitoin	Raste koncentracija fenitoina u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma.
	Cisaprid	Produženje QT intervala u EKG–u i komorske aritmije, zbog inhibicije metabolizma cisaprida.

Antibiotik	Lek sa kojim stupa u interakciju	Objašnjenje
	Sildenafil	Raste koncentracija sildenafilila u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma pod dejstvom eritromicina.
	Statinini	Povećan rizik od rabdomiolize, zbog inhibicije metabolizma statina.
	Terfenadin	Inhibiran je metabolizam terfenadina i povećan rizik od nastanka aritmija.
	Teofilin	Raste koncentracija teofilina u krvi.
	Ciklosporin	Porast koncentracije ciklosporina u krvi.
Flukonazol	Karbamazepin	Raste koncentracija karbamazepina u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma.
	Fenitoin	Raste koncentracija fenitoina u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma.
	Cisaprid	Produženje QT intervala u EKG – u i komorske aritmije, zbog inhibicije metabolizma cisaprida.
Fluorohinoloni	Divalentni i trovalentni metali, sukralfat	Smanjena apsorpcija fluorohinolona.
Itrakonazol	Cisaprid	Produženje QT intervala u EKG – u i komorske aritmije, zbog inhibicije metabolizma cisaprida.
	Sildenafil	Raste koncentracija sildenafilila u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma.
	Statini	Povećan rizik od rabdomiolize, zbog inhibicije metabolizma statina.
Ketokonazol	Cisaprid	Produženje QT intervala u EKG – u i komorske aritmije, zbog inhibicije metabolizma cisaprida.

Antibiotik	Lek sa kojim stupa u interakciju	Objašnjenje
	Sildenafil	Raste koncentracija sildenafilu u krvi, zbog inhibicije njegovog metabolizma.
Metronidazol	Varfarin	Pojačava se antikoagulantni efekat varfarina.
Rifampicin	Fenitoin	Smanjuje se koncentracija fenitoina u krvi, zbog ubrzanja njegovog metabolizma.
	Fenobarbiton	Smanjuje se koncentracija fenobarbitona u krvi, zbog ubrzanja njegovog metabolizma.
	Karbamazepin	Smanjuje se koncentracija karbamazepina u krvi, zbog ubrzanja njegovog metabolizma.
	Oralni kontraceptivi	Smanjuje se kontraceptivni efekat.
Trimetoprim–sulfametoksazol	Varfarin	Pojačava se antikoagulantni efekat varfarina.

LITERATURA

1. Fleming DR, Ziegler C, Baize T, Mudd L, Goldsmith GH, Herzig RH. Cefepime versus ticarcillin and clavulanate potassium and aztreonam for febrile neutropenia therapy in high-dose chemotherapy patients. *Am J Clin Oncol* 2003;26: 285–8. Otvorena, randomizirana, kontrolisana klinička studija.
2. Fowler RA, Flavin KE, Barr J, Weinacker AB, Parsonnet J, Gould MK. Variability in antibiotic prescribing patterns and outcomes in patients with clinically suspected ventilator-associated pneumonia. *Chest* 2003;123: 835–44. Prospektivna, opservaciona, kohortna studija.
3. Badaro R, Molinar F, Seas C, Stamboulian D, Mendonca J, Massud J, Nascimento LO; Latin American Antibiotic Research Group (LAARG). A multicenter comparative study of cefepime versus broad-spectrum antibacterial therapy in moderate and severe bacterial infections. *Braz J Infect Dis* 2002; 6: 206–18. Otvorena, randomizirana, kontrolisana klinička studija.
4. Chatz Nikolaou I, Abi-Said D, Bodey GP, Rolston KV, Tarrand JJ, Samonis G. Recent experience with *Pseudomonas aeruginosa* bacteremia in patients with cancer: Retrospective analysis of 245 episodes. *Arch Intern Med* 2000; 160: 501–9. Farmakoepidemiološka studija preseka.
5. Alverez Lerma F, Gil CL. Clinical experience with meropenem in the treatment of severe infections in critically ill patients. *Rev Esp Quimioter* 1998; 11: 229–37. Farmakoepidemiološkom studija preseka.
6. Croce MA, Fabian TC, Stewart RM, Pritchard FE, Minard G, Trentham L, Kudsk KA. Empiric monotherapy versus combination therapy of nosocomial pneumonia in trauma patients. *J Trauma* 1993; 35: 303–9; discussion 309–11. Otvorena, randomizirana, kontrolisana klinička studija.
7. Kreter B. Cost-analysis of imipenem-cilastatin monotherapy compared with clindamycin+aminoglycoside combination therapy for treatment of serious lower respiratory, intra-abdominal, gynecologic, and urinary tract infections. *Clin Ther* 1992; 14: 110–21. Otvorena, randomizirana, kontrolisana farmakoekonomska studija.
8. Wade JC. Antibiotic therapy for the febrile granulocytopenic cancer patient: combination therapy vs. monotherapy. *Rev Infect Dis* 1989; 11 Suppl 7: S1572–81. Pregledni članak.
9. Meyers BR, Mendelson MH, Parisier SC, Hirschman SZ. Malignant external otitis. Comparison of monotherapy vs combination therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 113: 974–8. Retrospektivna, nekontrolisana farmakoekonomska studija.
10. Nadler EP, Reblock KK, Ford HR, Gaines BA. Monotherapy versus multi-drug therapy for the treatment of perforated appendicitis in children. *Surg Infect (Larchmt)* 2003; 4: 327–33. Studija preseka, farmakoekonomskog karaktera.
11. Franklin GA, Moore KB, Snyder JW, Polk HC Jr, Cheadle WG. Emergence of resistant microbes in critical care units is transient, despite an unrestricted formulary and multiple antibiotic trials. *Surg Infect (Larchmt)* 2002; 3: 135–44. Epidemiološka studija preseka.
12. Assadian O, Apfalter P, Assadian A, Makrithatis A, Daxboeck F, Koller W, Hirschl AM. Antimicrobial susceptibility profiles of clinically relevant blood culture isolates from nine surgical intensive care units, 1996–2000. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 743–7. Epidemiološka studija preseka.
13. Clark NM, Patterson J, Lynch JP 3rd. Antimicrobial resistance among gram-negative organisms in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003; 9: 413–23. Pregledni članak.
14. Moss WJ, Beers MC, Johnson E, Nichols DG, Perl TM, Dick JD, Veltri MA, Willoughby RE Jr. Pilot study of antibiotic cycling in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 2002; 30: 1877–82. Studija intervencije u zdravstvenom sistemu.
15. Lang A, De Fina G, Meyer R, Aschbacher R, Rizza F, Mayr O, Casini M. Comparison of antimicrobial use and resistance of bacterial isolates in a haematology ward and an intensive care unit. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20: 657–60. Farmakoepidemiološka studija.

-
16. Neuhauser MM, Weinstein RA, Rydman R, Danziger LH, Karam G, Quinn JP. Antibiotic resistance among gram-negative bacilli in US intensive care units: implications for fluoroquinolone use. *JAMA* 2003;289:885–8. Studija intervencije u zdravstvenom sistemu
 17. Chastre J, Wolff M, Fagon JY, Chevret S, Thomas F, Wermert D, Clementi E, Gonzalez J, Jusserand D, Asfar P, Perrin D, Fieux F, Aubas S; PneumA Trial Group. Comparison of 8 vs 15 days of antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia in adults: a randomized trial. *JAMA* 2003;290:2588–98. Dvostruko slepa, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 18. Koeman M, Bonten MJ. When can empiric therapy for intensive care unit-acquired pneumonia be withheld or withdrawn? *Semin Respir Infect* 2003;18:122–8. Ekspertsko mišljenje.
 19. Dugan HA, MacLaren R, Jung R. Duration of antimicrobial therapy for nosocomial pneumonia: possible strategies for minimizing antimicrobial use in intensive care units. *J Clin Pharm Ther* 2003;28:123–9. Pregledni članak.
 20. Goldberg J, Owens RC Jr. Optimizing antimicrobial dosing in the critically ill patient. *Curr Opin Crit Care*. 2002 Oct;8(5):435–40. Pregledni članak.
 21. Davis LE, Baldwin NG. Brain Abscess. *Curr Treat Options Neurol* 1999; 1: 157–166. Pregledni članak.
 22. Kiyota K, Habu Y, Sugano Y, Inokuchi H, Mizuno S, Kimoto K, Kawai K. Comparison of 1-week and 2-week triple therapy with omeprazole, amoxicillin, and clarithromycin in peptic ulcer patients with *Helicobacter pylori* infection: results of a randomized controlled trial. *J Gastroenterol*. 1999;34 Suppl 11:76–9. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 23. Polk R. Optimal use of modern antibiotics: emerging trends. *Clin Infect Dis* 1999;29:264–74. Ekspertsko mišljenje.
 24. Hall JC, Christiansen KJ, Goodman M, Lawrence-Brown M, Prendergast FJ, Rosenberg P, Mills B, Hall JL. Duration of antimicrobial prophylaxis in vascular surgery. *Am J Surg* 1998;175:87–90. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 25. Bohnen JM. Duration of antibiotic treatment in surgical infections of the abdomen. Postoperative peritonitis. *Eur J Surg Suppl* 1996;576:50–2. Pregledni članak.
 26. Hooton TM, Stam WE. Management of acute uncomplicated urinary tract infection in adults. *Med Clin North Am* 1991;75:339–57. Pregledni članak
 27. Grabe M. Controversies in antibiotic prophylaxis in urology. *Int J Antimicrob Agents* 2004;23 Suppl 1:17–23.
 28. Gindre S, Carles M, Aknouch N, Jambou P, Dellamonica P, Raucoules-Aime M, Grimaud D. Antimicrobial prophylaxis in surgical procedures: assessment of the guidelines application, and the use of an antibiotic kit. *Ann Fr Anesth Reanim* 2004;23:116–123. Studija intervencije u zdravstvenom sistemu.
 29. Tomas Carmona I, Diz Dios P, Limeres Posse J, Outumuro Rial M, Caamano Duran F, Fernandez Feijoo J, Vazquez Garcia E. Chemoprophylaxis of bacterial endocarditis recommended by general dental practitioners in Spain. *Med Oral* 2004;9:56–62.
 30. Smyth A, Walters S. Prophylactic antibiotics for cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD00191
 31. Van Kasteren ME, Kullberg BJ, de Boer AS, Mintjes-de Groot J, Gyssens IC. Adherence to local hospital guidelines for surgical antimicrobial prophylaxis: a multicentre audit in Dutch hospitals. *J Antimicrob Chemother*. 2003;51:1389–96. Klinička kontrola pridržavanja smernicama.
 32. Todorov AT, Manchev ID, Atanassov CB. Comparative analysis of two regimens of antibiotic prophylaxis in elective colorectal surgery. *Folia Med (Plovdiv)*. 2002;44(1–2):32–5. Retrospektivna kohortna studija
 33. Yalcin AN, Serin S, Gurses E, Zencir M. Surgical antibiotic prophylaxis in a Turkish university hospital. *J Chemother*. 2002 Aug;14(4):373–7. Prospektivna kohortna studija.
 34. Goossens H, Peetermans W, Sion JP, Bossens M. Evidence-based perioperative antibiotic prophylaxis policy in Belgian hospitals after a change in the reimbursement system. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2001 Sep 15;145(37):1773–7.

-
35. Farmakoekonomska studija uticaja promena u načinu refundiranja na upotrebu antibiotika. Osmon DR. *Antimicrobial prophylaxis in adults*. *Mayo Clin Proc*. 2000 Jan;75(1):98–109. Pregledni članak
 36. Hanssen AD, Osmon DR. The use of prophylactic antimicrobial agents during and after hip arthroplasty. *Clin Orthop*. 1999 Dec;(369):124–38. Pregledni članak
 37. Bozorgzadeh A, Pizzi WF, Barie PS, Khaneja SC, LaMaute HR, Mandava N, Richards N, Noorollah H. The duration of antibiotic administration in penetrating abdominal trauma. *Am J Surg*. 1999 Feb;177(2):125–31. Kontrolisana, randomizirana, klinička studija.
 38. Righi M, Manfredi R, Farneti G, Pasquini E, Romei Bugliari D, Cenacchi V. Clindamycin/cefonicid in head and neck oncologic surgery: one-day prophylaxis is as effective as a three-day schedule. *J Chemother*. 1995 Jun;7(3):216–20. Kontrolisana, randomizirana, klinička studija.
 39. McDonald PJ, Sanders R, Turnidge J, Hakendorf P, Jolley P, McDonald H, Petrucco O. Optimal duration of cefotaxime prophylaxis in abdominal and vaginal hysterectomy. *Drugs*. 1988;35 Suppl 2:216–20. Kontrolisana, randomizirana, klinička studija.
 40. Platt R. Antibiotic prophylaxis in surgery. *Rev Infect Dis*. 1984 Nov–Dec;6 Suppl 4:S880–6. Pregledni članak.
 41. Kumarasamy Y, Cadwgan T, Gillanders IA, Jappy B, Laing R, Gould IM. Optimizing antibiotic therapy—the Aberdeen experience. *Clin Microbiol Infect* 2003; 9: 406–11. Studija intervencije u zdravstvenom sistemu.
 42. Rice LB. Controlling antibiotic resistance in the ICU: different bacteria, different strategies. *Cleve Clin J Med*. 2003; 70: 793–800. Ekspertsko mišljenje.
 43. Jacobs MR, Weinberg W. Evidence-based guidelines for treatment of bacterial respiratory tract infections in the era of antibiotic resistance. *Manag Care Interface* 200; 14: 68–80. Studija intervencije u zdravstvenom sistemu.
 44. Kahan NR, Chinitz DP, Kahan E. Longer than recommended empiric antibiotic treatment of urinary tract infection in women: an avoidable waste of money. *J Clin Pharm Ther*. 2004 Feb;29(1):59–63. Studija preseka.
 45. Peretto EM, Keating K, Merchant S, Nichols BR. Acute uncomplicated UTI and E. coli resistance: implications for first-line empirical antibiotic therapy. *J Manag Care Pharm*. 2004 Jan–Feb;10(1):17–25. Farmakoekonomska studija minimiziranja troškova.
 46. Cordero L, Ayers LW. Duration of empiric antibiotics for suspected early-onset sepsis in extremely low birth weight infants. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003 Sep;24(9):662–6. Studija preseka.
 47. Keyserling HL, Sinkowitz-Cochran RL, Harris JM 2nd, Levine GL, Siegel JD, Stover BH, Lau SA, Jarvis WR; Pediatric Prevention Network. Vancomycin use in hospitalized pediatric patients. *Pediatrics*. 2003 Aug;112(2):e104–11. Epidemiološka studija preseka.
 48. Hooton TM. The current management strategies for community-acquired urinary tract infection. *Infect Dis Clin North Am*. 2003 Jun;17(2):303–32. Pregledni članak.
 49. Koeman M, Bonten MJ. When can empiric therapy for intensive care unit-acquired pneumonia be withheld or withdrawn? *Semin Respir Infect*. 2003 Jun;18(2):122–8. Pregledni članak.
 50. Tremolieres F. Short or long course antibiotics. Is there a debate on the duration of treatment? *Presse Med*. 2002 Oct 5;31(32):1495–501. Ekspertsko mišljenje.
 51. Nicolle LE. Urinary tract infection: traditional pharmacologic therapies. *Am J Med*. 2002 Jul 8;113 Suppl 1A:35S–44S. Pregledni članak.
 52. Singh N, Rogers P, Atwood CW, Wagener MM, Yu VL. Short-course empiric antibiotic therapy for patients with pulmonary infiltrates in the intensive care unit. A proposed solution for indiscriminate antibiotic prescription. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000 Aug;162(2 Pt 1):505–11. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 53. Marras TK, Nopmaneejumrulers C, Chan CK. Efficacy of exclusively oral antibiotic therapy in patients hospitalized with nonsevere community-acquired pneumonia: a retrospective study and meta-analysis. *Am J Med*. 2004 Mar 15;116(6):385–93. Meta analiza.

-
54. von Gunten V, Amos V, Sidler AL, Beney J, Troillet N, Reymond JP. Hospital pharmacists' reinforcement of guidelines for switching from parenteral to oral antibiotics: a pilot study. *Pharm World Sci.* 2003 Apr;25(2):52–5. Kontrolisana klinička studija.
 55. Castro–Guardiola A, Viejo–Rodríguez AL, Soler–Simon S, Armengou–Arxe A, Bisbe–Company V, Penarroja–Matutano G, Bisbe–Company J, García–Bragado F. Efficacy and safety of oral and early–switch therapy for community–acquired pneumonia: a randomized controlled trial. *Am J Med.* 2001 Oct 1;111(5):367–74. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 56. Leibovitz E, Janco J, Piglansky L, Press J, Yagupsky P, Reinhart H, Yaniv I, Dagan R. Oral ciprofloxacin vs. intramuscular ceftriaxone as empiric treatment of acute invasive diarrhea in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2000 Nov;19(11):1060–7. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 57. Banani SA, Talei A. Can oral metronidazole substitute parenteral drug therapy in acute appendicitis? A new policy in the management of simple or complicated appendicitis with localized peritonitis: a randomized controlled clinical trial. *Am Surg.* 1999 May;65(5):411–6. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 58. Rothrock SG, Green SM, Harper MB, Clark MC, McIlmail DP, Bachur R. Parenteral vs oral antibiotics in the prevention of serious bacterial infections
 59. Fraser GL, Stogsdill P in children with *Streptococcus pneumoniae* occult bacteremia: a meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 1998 Jun;5(6):599–606. Meta analiza.
 60. Dickens JD Jr, Wennberg DE, Smith RP Jr, Prato BS. Antibiotic optimization. An evaluation of patient safety and economic outcomes. *Arch Intern Med.* 1997 Aug 11–25;157(15):1689–94. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 61. Richard DA, Nousia–Arvanitakis S, Sollich V, Hampel BJ, Sommerauer B, Schaad UB. Oral ciprofloxacin vs. intravenous ceftazidime plus tobramycin in pediatric cystic fibrosis patients: comparison of antipseudomonas efficacy and assessment of safety with ultrasonography and magnetic resonance imaging. Cystic Fibrosis Study Group. *Pediatr Infect Dis J.* 1997 Jun;16(6):572–8. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 62. Rothrock SG, Harper MB, Green SM, Clark MC, Bachur R, McIlmail DP, Giordano PA, Falk JL. Do oral antibiotics prevent meningitis and serious bacterial infections in children with *Streptococcus pneumoniae* occult bacteremia? A meta-analysis. *Pediatrics.* 1997 Mar;99(3):438–44. Meta analiza.
 63. Amodio–Grotton M, Madu A, Madu CN, Briceland LL, Seligman M, McMaster P, Miller MH. Sequential parenteral and oral ciprofloxacin regimen versus parenteral therapy for bacteremia: a pharmaco-economic analysis. *Ann Pharmacother.* 1996 Jun;30(6):596–602. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 64. Menzin J, Huse DM, Richner R, Oster G. Economic evaluation of oral ofloxacin versus standard parenteral therapy in the treatment of pneumonia. *Pharmacoeconomics.* 1992 Aug;2(2):171–7. Farmakoeconomika studija.
 65. Malik IA, Abbas Z, Karim M. Randomised comparison of oral ofloxacin alone with combination of parenteral antibiotics in neutropenic febrile patients. *Lancet.* 1992 May 2;339(8801):1092–6. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 66. Hood R, Shermock KM, Emerman C. A prospective, randomized pilot evaluation of topical triple antibiotic versus mupirocin for the prevention of uncomplicated soft tissue wound infection. *Am J Emerg Med.* 2004 Jan;22(1):1–3. Otvorena, kontrolisana, randomizirana studija.
 67. Krauthelm A, Gollnick H. Transdermal penetration of topical drugs used in the treatment of acne. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42(14):1287–304. Pregledni članak.
 68. Laupland KB, Conly JM. Treatment of *Staphylococcus aureus* colonization and prophylaxis for infection with topical intranasal mupirocin: an evidence–based review. *Clin Infect Dis.* 2003 Oct 1;37(7):933–8. Epub 2003 Sep 08. Pregledni članak.
 69. Cunliffe WJ, Meynadier J, Alirezai M, George SA, Coutts I, Roseeuw DI, Hachem JP, Briantais P, Sidou F, Soto P. Is combined oral and topical therapy better than oral therapy alone in patients with moderate to moderately severe acne vulgaris? A comparison of the efficacy and safety of lymecycline plus adapalene gel 0.1%, versus lymecycline plus gel vehicle. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Sep;49(3 Suppl):S218–26. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.

-
70. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. *Br J Gen Pract.* 2003 Jun;53(491):480–7. Meta analiza.
 71. Dean JW, Branch-Mays GL, Hart TC, Reinhardt RA, Shapiro B, Santucci EA, Lessem J. Topically applied minocycline microspheres: why it works. *Compend Contin Educ Dent.* 2003 Apr;24(4):247–50, 252–7; quiz 258. Otvorena, kontrolisana, klinička studija.
 72. Nawasreh O, Fraihat A. Topical ciprofloxacin versus topical gentamicin for chronic otitis media. *East Mediterr Health J.* 2001 Jan–Mar;7(1–2):26–30. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 73. Mosges R, Spaeth J, Berger K, Dubois F. Topical treatment of rhinosinusitis with fusafungine nasal spray. A double-blind, placebo-controlled, parallel-group study in 20 patients. *Arzneimittelforschung.* 2002;52(12):877–83. Dvostruko-slepa, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 74. Ta CN, Egbert PR, Singh K, Shriver EM, Blumenkranz MS, Mino De Kaspar H. Prospective randomized comparison of 3-day versus 1-hour preoperative ofloxacin prophylaxis for cataract surgery. *Ophthalmology.* 2002 Nov;109(11):2036–40; discussion 2040–1. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 75. Krueger WA, Unertl KE. Selective decontamination of the digestive tract. *Curr Opin Crit Care.* 2002 Apr;8(2):139–44. Ekspertsko mišljenje.
 76. Bloomfield P, Hodson EM, Craig JC. Antibiotics for acute pyelonephritis in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 77. Raynes-Greenow CH, Roberts CL, Bell JC, Peat B, Gilbert GL. Antibiotics for ureaplasma in the vagina in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 78. Gosselin RA, Roberts I, Gillespie WJ. Antibiotics for preventing infection in open limb fractures (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 79. Soares-Weiser K, Brezis M, Leibovici L. Antibiotics for spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotics (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 80. Southern KW, Barker PM, Solis A. Macrolide antibiotics for cystic fibrosis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 81. Marco T, Asensio O, Bosque M, de Gracia J, Serra C. Home intravenous antibiotics for cystic fibrosis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 82. Williams GJ, Lee A, Craig JC. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 83. Shann F, D'Souza RM, D'Souza R. Antibiotics for preventing pneumonia in children with measles (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 84. Evans DJ, Bara AI, Greenstone M. Prolonged antibiotics for purulent bronchiectasis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 85. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 86. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 87. Williams Jr JW, Aguilar C, Cornell J, Chiquette E, Dolor RJ, Makela M, Holleman DR, Simel DL. Antibiotics for acute maxillary sinusitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 88. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

-
89. Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 90. Guidugli F, Castro AA, Atallah AN. Antibiotics for leptospirosis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
 91. Ortqvist A Treatment of community-acquired lower respiratory tract infections in adults. *Eur Respir J Suppl*, 2002;36:40s-53s. Pregledni članak.
 93. Fendrick AM , Saint S , Brook I , Jacobs MR , Pelton S , Sethi S Diagnosis and treatment of upper respiratory tract infections in the primary care setting. *Clin Ther*, 2001;23(10):1683-706. Pregledni članak.
 94. Saint S , Flaherty KR , Abrahamse P , Martinez FJ , Fendrick AM Acute exacerbation of chronic bronchitis: disease-specific issues that influence the cost-effectiveness of antimicrobial therapy. *Clin Ther*, 2001;23(3):499-512 Pregledni članak.
 95. Ripoll MA , Orero A , Prieto J Etiology and treatment of choice of respiratory infections in primary care. Opinion of the physicians of the URANO Group *Aten Primaria*, 23(5): 296-300 1999. Epidemiološka studija.
 96. Grossman R , Mukherjee J , Vaughan D , Eastwood C , Cook R , LaForge J , Lampron N A 1-year community-based health economic study of ciprofloxacin vs usual antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis: the Canadian Ciprofloxacin Health Economic Study Group. *Chest*, 1998;113(1):131-41. Kontrolisana, randomizirana, klinička studija.
 97. Cazzola M , Vinciguerra A , Beghi GF , Paizis G , Giura R , Madonini V , Fiorentini F , Consigli GF , Tonna M , Casalini A Comparative evaluation of the clinical and microbiological efficacy of co-amoxiclav vs cefixime or ciprofloxacin in bacterial exacerbation of chronic bronchitis. *J Chemother*, 1996;7(5):432-41. Otvorena, kontrolisana, randomizirana studija.
 98. Nicotra MB , Kronenberg RS Con: antibiotic use in exacerbations of chronic bronchitis. *Semin Respir Infect*, 1994;8(4):254-8. Pregledni članak.
 99. Marsac JH An international clinical trial on the efficacy and safety of roxithromycin in 40,000 patients with acute community-acquired respiratory tract infections. *Diagn Microbiol Infect Dis*, 1992;15(4 Suppl):81S-84S. Farmakoepidemiološka studija.
 100. Taytard A , Vernejoux JM , Villanueva P , Tunon De Lara JM. Diagnostic and therapeutic strategies in exacerbations of chronic bronchitis in city practice *Rev Mal Respir*, 12(4): 371-6 1995 Ekspertsko mišljenje.
 101. Kumar P , McKean MC Evidence based paediatrics: review of BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in children. *J Infect*, 2004;48(2):134-8. Pregled vodiča.
 102. Principi N , Esposito S Paediatric community-acquired pneumonia: current concept in pharmacological control. *Expert Opin Pharmacother*, 2003;4(5): 761-77. Ekspertsko mišljenje.
 103. Ouchi K The role of atypical pathogen: *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in the acute respiratory infection in childhood *Jpn J Antibiot*, 2003;53 Suppl B:13-21. Pregledni članak.
 104. Kogan R , Martúnez MA , Rubilar L , Payúj E , Quevedo I , Puppo H , Girardi G, Castro-Rodriguez JA Comparative randomized trial of azithromycin versus erythromycin and amoxicillin for treatment of community-acquired pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol*, 2003;35(2):91-8.
 105. Fogarty CM , Cyganowski M , Palo WA , Hom RC , Craig WA A comparison of cefditoren pivoxil and amoxicillin/ clavulanate in the treatment of community-acquired pneumonia: a multicenter, prospective, randomized, investigator-blinded, parallel-group study. *Clin Ther*, 24(11): 1854-70 2002. Dvostruko-slepa, kontrolisana, randomizirana klinička studija.
 106. Oáŕuz F , Unúřvar E , Aydin D , Yilmaz K , Sidal M Frequency of *Mycoplasma pneumoniae* among atypical pneumonia of childhood *Turk J Pediatr*, 2002;44(4): 283-8. Otvorena, nekontrolisana klinička studija.
 107. Di Ciommo V , Russo P , Attanasio E , Di Liso G , Graziani C , Caprino L Clinical and economic outcomes of pneumonia in children: a longitudinal observational study in an Italian paediatric hospital *J Eval Clin Pract*, 2002;8(3):341-8. Longitudinalna epidemiološka studija.

-
108. Gendrel D. Community-acquired pneumonia in children: etiology and treatment. *Arch Pediatr*, 9(3): 278–88. 2002. Pregledni članak.
 109. Dawson KP. Rational prescribing for childhood pneumonia. *J Qual Clin Pract*, 21(3): 86–8. 2002. Kontrola prakse.
 110. Fujiki R, Rikimaru T, Aizawa H, Kawayama T. Clinical efficacy of oral clarithromycin monotherapy in patients with mild or moderate community-acquired pneumonia. *Jpn J Antibiot*. 2003 Dec;56(6):712–8. Otvorena, nekontrolisana klinička studija.
 111. Tan JS, File TM Jr. Management of community-acquired pneumonia: a focus on conversion from hospital to the ambulatory setting. *Am J Respir Med*. 2003;2(5):385–94. Pregledni članak. Preporučuje upotrebu makrolida, tetraciklina ili fluorohinolona kao prvi izbor.
 112. File TM. Community-acquired pneumonia. *Lancet*. 2003 Dec 13;362(9400):1991–2001. Ekspertsko mišljenje. Preporučuje upotrebu makrolida, tetraciklina ili fluorohinolona kao prvi izbor.
 113. Dunbar LM. Current issues in the management of bacterial respiratory tract disease: the challenge of antibacterial resistance. *Am J Med Sci*. 2003 Dec;326(6):360–8. Pregledni članak. Pored makrolida, u prvoj liniji preporučuje ketolide.
 114. Jardim JR, Rico G, de la Roza C, Obispo E, Urueta J, Wolff M, Miravittles M; Grupo de Estudio Latinoamericano CAP. A comparison of moxifloxacin and amoxicillin in the treatment of community-acquired pneumonia in Latin America: results of a multicenter clinical trial. *Arch Bronconeumol*. 2003 Sep;39(9):387–93. Otvorena, kontrolisana, randomizirana klinička studija. Moksifloksacin, hinolon, je pokazao bolje rezultate od amoksicilina. Predominantni patogen je bio *S. Pneumoniae*.
 115. Oosterheert JJ, Bonten MJ, Hak E, Schneider MM, Hoepelman IM. How good is the evidence for the recommended empirical antimicrobial treatment of patients hospitalized because of community-acquired pneumonia? A systematic review. *J Antimicrob Chemother*. 2003 Oct;52(4):555–63. Epub 2003 Sep 12. Sistematski pregled. Većina pregledanih studija je pokazala smanjenje mortaliteta kod pacijenata koji su uzimali makrolide ili fluorohinolone, u odnosu na pacijente sa beta-laktamskim antibioticima. Međutim, ni jedna od pregledanih studija nije bila dobro dizajnirana, dvostruko slepa, randomizirana klinička studija.
 116. Ramirez JA. Community-acquired pneumonia in adults. *Prim Care*. 2003 Mar;30(1):155–71. Pregledni članak. Podržava upotrebu makrolida u prvom aktu.
 117. Pimentel L, McPherson SJ. Community-acquired pneumonia in the emergency department: a practical approach to diagnosis and management. *Emerg Med Clin North Am*. 2003 May;21(2):395–420. Pregledni članak. Podržava makrolide kao prvi izbor.
 118. Oosterheert JJ, Bonten MJ, Schneider MM, Hoepelman IM. Community acquired pneumonia; no reason to revise current Dutch antibiotic guidelines. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2003 Mar 1;147(9):381–6. Pregledni članak. Podržava upotrebu makrolida kao prvi izbor kod ovog oblika pneumonije.
 119. Kogan R, Martinez MA, Rubilar L, Paya E, Quevedo I, Puppo H, Girardi G, Castro-Rodríguez JA. Comparative randomized trial of azithromycin versus erythromycin and amoxicillin for treatment of community-acquired pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol*. 2003 Feb;35(2):91–8. Nekontrolisana klinička studija. Uppoređuje amoksicilin i azitromicin kod tipične i atipične pneumonije dece do 14 godina. Azitromicin je pokazao bolje rezultate kod obe vrste pneumonije.
 120. Zhanel GG, Walters M, Noreddin A, Vercaigne LM, Wierzbowski A, Embil JM, Gin AS, Douthwaite S, Hoban DJ. The ketolides: a critical review. *Drugs*. 2002;62(12):1771–804. Pregledni članak o ketolidima (spektar, mehanizam delovanja, indikacije, farmakokinetika).
 121. Kuti JL, Capitano B, Nicolau DP. Cost-effective approaches to the treatment of community-acquired pneumonia in the era of resistance. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(8):513–28. Pregledni članak koji se bavi farmakoekonomijom lečenja pneumonije. Najbolji odnos troškovi/efekat daju lekovi na koje rezistencija nije razvijena, i koji se mogu primenjivati jednom dnevno (dobra komplijansa). Zato je azitromicin lek izbora i sa farmakoekonomskog aspekta.

-
122. Niederman MS. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia. Current recommendations and antibiotic selection issues. *Med Clin North Am.* 2001 Nov;85(6):1493–509. Prikaz vodiča.
 123. Contopoulos-Ioannidis DG, Ioannidis JP, Chew P, Lau J. Meta-analysis of randomized controlled trials on the comparative efficacy and safety of azithromycin against other antibiotics for lower respiratory tract infections. *J Antimicrob Chemother.* 2001 Nov;48(5):691–703. Meta analiza. Dokazuje da azitromicin deluje bolje od ostalih antibiotika kod pneumonije, dok kod egzacerbacije hroničnog bronhitisa nema značajne razlike.
 124. Chan CK, Shibl A, Memish Z, Zhanel G. Community acquired pneumonia (CAP): an update. *J Chemother.* 2001 Apr;13 Suppl 1:23–7. Ekspertsko mišljenje.
 125. Bochud PY, Moser F, Erard P, Verdon F, Studer JP, Villard G, Cosendai A, Cotting M, Heim F, Tissot J, Strub Y, Pazeller M, Saghafi L, Wenger A, Germann D, Matter L, Bille J, Pfister L, Francioli P. Community-acquired pneumonia. A prospective outpatient study. *Medicine (Baltimore).* 2001 Mar;80(2):75–87. Nekontrolisana klinička studija, praćenje pacijenata sa pneumonijom. Većinu uzročnika vanbolničke pneumonije su činili *S. Pneumoniae*, Mikoplazma i Hlamidije.
 126. Cunha BA. Community-acquired pneumonia. Diagnostic and therapeutic approach. *Med Clin North Am.* 2001 Jan;85(1):43–77. Ekspertsko mišljenje.
 127. Lieberman D, Lieberman D. Community-acquired pneumonia in the elderly: a practical guide to treatment. *Drugs Aging.* 2000 Aug;17(2):93–105. Ekspertsko mišljenje. Favorizuje upotrebu makrolida i fluorohinolona.
 128. Vergis EN, Indorf A, File TM Jr, Phillips J, Bates J, Tan J, Sarosi GA, Grayston JT, Summersgill J, YU VL. Azithromycin vs cefuroxime plus erythromycin for empirical treatment of community-acquired pneumonia in hospitalized patients: a prospective, randomized, multicenter trial. *Arch Intern Med.* 2000 May 8;160(9):1294–300. Kontrolisana, otvorena, randomizirana klinička studija. Pokazala je da je azitromicin isto efikasan kao kombinacija eritromicina i cefuroksima.
 129. Pichichero ME. Evaluating the need, timing and best choice of antibiotic therapy for acute otitis media and tonsillopharyngitis infections in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2000 Dec;19(12 Suppl):S131–40. Ekspertsko mišljenje. Panicilin V i dalje lek prvog izbora, ali autor savetuje i upotrebu oralnih cefalosporina treće generacije (cefdinir, cefpodosim) kod rezistentnih slučajeva.
 130. Pichichero ME, Casey JR, Mayes T, Francis AB, Marsocci SM, Murphy AM, Hoeger W. Penicillin failure in streptococcal tonsillopharyngitis: causes and remedies. *Pediatr Infect Dis J.* 2000 Sep;19(9):917–23. Ekspertsko mišljenje.
 131. Brook I. Failure of penicillin to eradicate group A beta-hemolytic streptococci tonsillitis: causes and management. *J Otolaryngol.* 2001 Dec;30(6):324–9. Ekspertsko mišljenje. Podržava penicilin kao prvi izbor.
 132. Barzilai A, Miron D, Sela S. Etiology and Management of Acute and Recurrent Group A Streptococcal Tonsillitis. *Curr Infect Dis Rep.* 2001 Jun;3(3):217–223. Ekspertsko mišljenje. Podržava penicilin V kao prvi izbor.
 133. Tarlow MJ. Macrolides in the management of streptococcal pharyngitis/tonsillitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1997 Apr;16(4):444–8. Ekspertsko mišljenje. Podržava upotrebu eritromicina ili azitromicina kod alergičnih na penicilin.
 134. Dajani AS. Pharyngitis/tonsillitis: European and United States experience with cefpodoxime proxetil. : *Pediatr Infect Dis J.* 1995 Apr;14(4 Suppl):S7–11. Pregledni članak. Upozorava na postojanje rezistencije streptokoka na penicilin.
 135. Pichichero ME. Group A streptococcal tonsillopharyngitis: cost-effective diagnosis and treatment. *Ann Emerg Med.* 1995 Mar;25(3):390–403. Pregledni članak. Sa farmakoekonomskog aspekta, upotreba penicilina ima najbolji odnos troškovi/efekat.
 136. Sanz E, Hernandez MA, Kumari M, Ratchina S, Stratchounsky L, Peire MA, Lapeyre-Mestre M, Horen B, Kriska M, Krajnakova H, Momcheva H, Encheva D, Martinez-Mir I, Palop V. Pharmacological treatment of acute otitis media in children. A comparison among seven locations: Tenerife, Barcelona and Valencia (Spain), Toulouse (France), Smolensk (Russia), Bratislava (Slovakia) and Sofia (Bulgaria). *Eur J Clin Pharmacol.* 2004 Mar;60(1):37–43. Epub 2004 Jan 29.

-
- Studija preseka, deskriptivna. Ukazuje da se većina dece sa otitis media ne leči antibioticima, ili se primenjuje amoksisilin.
137. Leibovitz E. Acute otitis media in pediatric medicine: current issues in epidemiology, diagnosis, and management. *Paediatr Drugs*. 2003;5 Suppl 1:1–12. Pregledni članak, ukazuje na najčešće uzročnike i tretman izbora: amoksisilin.
 138. Acute otitis media in children: amoxicillin remains the standard antibiotic, but justified in certain situations only. *Prescrire Int*. 2003 Oct;12(67):184–9. Ekspersko mišljenje. Ne podržava upotrebu amoksisilin/klavulanata u drugoj liniji, već makrolida.
 139. Pappas DE, Owen Hendley J. Otitis media. A scholarly review of the evidence. *Minerva Pediatr*. 2003 Oct;55(5):407–14. Pregledni članak. Podržava upotrebu amoksicilina kao leka prvog izbora, ali posle 48h od početka bolesti, ako ne dođe do spontanog poboljšanja.
 140. Kara CO, Ozuer MZ, Kilic I, Yalcin AN, Ergin H. Comparison of amoxicillin with second and third generation cephalosporins in the treatment of acute otitis media. *Infez Med*. 1998;6(2):93–95. Otvorena, kontrolisana klinička studija. Utvrdila je da cefalosporini nemaju bolji efekat od amoksicilina.
 141. Ryan J, Giles M. Management of acute otitis media by New Zealand general practitioners. *N Z Med J*. 2002 Feb 22;115(1148):67–9. Deskriptivna studija preseka. Ukazuje da je najčešće korišćeni lek za otitis media amoksisilin.
 142. Fendrick AM, Saint S, Brook I, Jacobs MR, Pelton S, Sethi S. Diagnosis and treatment of upper respiratory tract infections in the primary care setting. *Clin Ther*. 2001 Oct;23(10):1683–706. Pregledni članak, koji predlaže opreznu upotrebu antibiotika, na prvom mestu amoksicilina.
 143. Anon JB. Acute bacterial rhinosinusitis in pediatric medicine: current issues in diagnosis and management. *Paediatr Drugs*. 2003;5 Suppl 1:25–33. Pregledni članak koji podržava primenu amoksicilina kao leka prvog izbora kod akutnog sinusitisa. Takođe potvrđuje spektar uzročnika naveden u tabeli.
 144. Bergogne–Berezin E. Controlling acute bacterial maxillary sinusitis. *Expert Opin Pharmacother*. 2002 Oct;3(10):1471–9. Pregledni članak.
 145. Weber U, Luedtke R, Friese KH, Fischer I, Moeller H. A non–randomised pilot study to compare complementary and conventional treatments of acute sinusitis. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*. 2002 Apr;9(2):99–104. Otvorena, kontrolisana, nerandomizirana klinička studije. Pokazala je ekvivalentan rezultat lečenja akutnog sinusitisa antibioticima i simptomatskim lekovima.
 146. Taghizadeh F, Hadley JA, Osguthorpe JD. Pharmacological treatments for rhinosinusitis. *Expert Opin Pharmacother*. 2002 Mar;3(3):305–13. Ekspersko mišljenje, podržava upotrebu amoksicilina kod akutnog sinusitisa.
 147. Fendrick AM, Saint S, Brook I, Jacobs MR, Pelton S, Sethi S. Diagnosis and treatment of upper respiratory tract infections in the primary care setting. *Clin Ther*. 2001 Oct;23(10):1683–706. Pregledni članak. Podržava primenu amoksicilina kod akutnog sinusitisa, a ne–antibiotski tretman kod hroničnog sinusitisa u remisiji.
 148. Temple ME, Nahata MC. Pharmacotherapy of acute sinusitis in children. *Am J Health Syst Pharm*. 2000 Apr 1;57(7):663–8. Sistematski pregled. Utvrdio je pregledom kliničkih studija da je amoksisilin i dalje lek prvog izbora; azitromicin je podjednako efikasna, ali nešto skuplja terapija.
 149. Hoepelman AI, Meiland R, Geerlings SE. Pathogenesis and management of bacterial urinary tract infections in adult patients with diabetes mellitus. *Int J Antimicrob Agents*. 2003 Oct;22 Suppl 2:35–43. Pregledni članak. Ukazuje da je izbor tretmana urinarnih infekcija kod dijabetičara isti kao kod osoba koje nisu dijabetičari. Podržava izbor antibiotika naveden u tabeli.
 150. Nicolle L. Best pharmacological practice: urinary tract infections. *Expert Opin Pharmacother*. 2003 May;4(5):693–704. Pregledni članak. Podržava upotrebu kotrimoksazola kao leka prvog izbora kod cistitisa, a fluorohinolona kod pijelonefritisa.
 151. Goto T, Kitagawa T, Kawahara M, Hayami H, Ohi Y. Comparative study of single–dose and three–day therapy for acute uncomplicated cystitis. *Hinyokika Kiyo*. 1999 Feb;45(2):85–9. Otvorena, randomizirana, kontrolisana klinička studija. Upoređen je tretman cistitisa kod žena jednom dozom ciprofloksacina sa trodnevnom terapijom cefpodoxim–proksetila. Efikasnost i bezbednost se nisu značajno razlikovali.

-
152. Bailey RR, Keenan TD, Elliott JC, Peddie BA, Bishop V. Treatment of bacterial cystitis with a single dose of trimethoprim, co-trimoxazole or amoxycillin compared with a course of trimethoprim. *N Z Med J.* 1985 May 22;98(779):387–9. Otvorena, kontrolisana klinička studija. Ukazuje da je jedna doza kotrimoksazola ili amoksicilina iste efikasnosti kao petodnevnja terapija trimetoprimom.
 153. Bailey RR, Begg EJ, Smith AH, Robson RA, Lynn KL, Chambers ST, Barclay ML, Hornibrook J. Prospective, randomized, controlled study comparing two dosing regimens of gentamicin/oral ciprofloxacin switch therapy for acute pyelonephritis. *Clin Nephrol.* 1996 Sep;46(3):183–6. Kontrolisana, randomizirana klinička studija. Uporedila je jednu dozu gentamicina, sa multiplim dozama istog leka, u lečenju akutnog pijelonefritisa. Obe grupe pacijenata su potom prešle na oralnu terapiju ciprofloksacinom. Efikasnost oba režima je bila podjednaka, ali je režim sa jednom dozom bio lakši i jeftiniji za upotrebu.
 154. Hundley AF, Onderdonk AB, Greenberg JA. Value of routine urine culture in the assessment of preterm labor. *J Reprod Med.* 2003 Nov;48(11):853–7. Deskriptivna studija. Pokazala je da rutinska urinokultura kod žena sa opasnošću od prevremenog porođaja nije postupak sa povoljnim odnosom troškovi/efekat.
 155. Raz R. Asymptomatic bacteriuria. Clinical significance and management. *Int J Antimicrob Agents.* 2003 Oct;22 Suppl 2:45–7. Pregledni članak. Ukazuje da asimptomatska bakterijuriya van trudnoće ne treba da se leči antibioticima.
 156. Kutlay S, Kutlay B, Karaahmetoglu O, Ak C, Erkaya S. Prevalence, detection and treatment of asymptomatic bacteriuria in a Turkish obstetric population. *J Reprod Med.* 2003 Aug;48(8):627–30. Opservaciona studija. Ukazuje da je rutinska urinokultura u ranoj trudnoći postupak sa pozitivnim odnosom troškovi/efekat. Naime, učestalost bakterijuriye je oko 10%.
 157. Kolstrup N, Vold C, Melbye H. Asymptomatic bacteriuria in pregnant women. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2003 Aug 14;123(15):2027–8. Opservaciona studija. Ukazuje da dipstick test nema dovoljnu senzitivnost, i da je jedini adekvatan način skrininga asimptomatske bakterijuriye u trudnoći urinokultura.
 158. Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. *Infect Dis Clin North Am.* 2003 Jun;17(2):367–94. Pregledni članak. Oспорava rutinsku urinokulturu kod svih trudnica.
 159. Heilberg IP, Schor N. Diagnosis and clinical management of urinary tract infection. *Rev Assoc Med Bras.* 2003 Jan–Mar;49(1):109–16. Epub 2003 Apr 28. Pregledni članak.
 160. Jamie WE, Edwards RK, Duff P. Antimicrobial susceptibility of Gram-negative uropathogens isolated from obstetric patients. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2002;10(3):123–6. Kohortna studija. Praćena je osetljivost bakterija kod asimptomatske bakterijuriye u trudnoći, i ustanovljeno je da kotrimoksazol i nitrofurantoin imaju bolje dejstvo od ampicilina.
 161. Santos JF, Ribeiro RM, Rossi P, Haddad JM, Guidi HG, Pacetta AM, Pinotti JA. Urinary tract infections in pregnant women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13(3):204–9. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika dat u tabeli.
 162. Caputo S, Ciardo A. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Clin Ter.* 2001 Sep–Oct;152(5):315–8. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika prikazan u tabeli.
 163. Raz R. Asymptomatic bacteriuria—clinical significance and management. *Nephrol Dial Transplant.* 2001;16 Suppl 6:135–6. Pregledni članak.
 164. Ovalle A, Levancini M. Urinary tract infections in pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2001 Jan;11(1):55–9. Pregledni članak. Podržava izbor nitrofurantoina kao prvog leka za asimptomatsku bakterijuriyu.
 165. Peretto EM, Keating K, Merchant S, Nichols BR. Acute uncomplicated UTI and E. coli resistance: implications for first-line empirical antibiotic therapy. *J Manag Care Pharm.* 2004 Jan–Feb;10(1):17–25. Studija minimizacije troškova. Ukazuje da je primena fluorohinolona za nekomplikovane urinarne infekcije ekonomski opravdana ako procenat lokalnih rezistentnih sojeva E.coli prelazi 10%.
 166. Schito GC. Why fosfomicin trometamol as first line therapy for uncomplicated UTI? *Int J Antimicrob Agents.* 2003 Oct;22 Suppl 2:79–83. Pregledni članak. Podržava upotrebu fosfomicin trometamola kao prvog leka kod nekomplikovane infekcije urinarnog trakta, zbog niske pojave rezistencije E. coli (<1%).

-
167. Foxman B, Brown P. Epidemiology of urinary tract infections: transmission and risk factors, incidence, and costs. *Infect Dis Clin North Am.* 2003 Jun;17(2):227–41. Pregledni članak. Troškovi lečenja su najmanji ako se lekovi primenjuju uz poznavanje rezistencije lokalnih sojeva *E.coli*.
 168. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003 Feb;49(2):53–70. Pregledni članak. Zaključuje da 25% svih infekcija čine infekcije urinarnog trakta, i da godišnji troškovi za urinarne infekcije u S.A.D. iznose oko 1.6 milijardi dolara.
 169. Short-course ciproflox treatment of acute uncomplicated UTI in women. *Indian Med Trib.* 1997 Mar 15;5(4):3. Pregledni članak. Zaključuje da terapija nekomplikovane infekcije urinarnog trakta treba da traje najviše 3 dana, jer je efikasnost gotovo ista kao kod tretmana od 7 dana. Istovremeno, troškovi lečenja su znatno manji.
 170. Stothers L. A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women. *Can J Urol.* 2002 Jun;9(3):1558–62. Randomizirana klinička studija sa farmakoekonomskom analizom. Upoređena je efikasnost tableta od ribizle i soka od ribizle u prevenciji urinarnih infekcija. Pokazalo se da tablete imaju bolji odnos troškovi/efekat, jer su uz istu efikasnost troškovi dvostruko manji.
 171. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med.* 2002 Jul 8;113 Suppl 1A:5S–13S. Epidemiološka studija. Isti zaključci kao u referenci 3.
 172. Tramarin A, Bragagnolo L, Tolley K, Sartorelli S, Tositti G, Lazzarini L, Scagnelli M, Gallo R, Postma MJ, de Lalla F. The application of cost effectiveness analysis to derive a formulary for urinary tract infections. *J Chemother.* 2002 Apr;14(2):166–74. Inkrementalna analiza troškovi/dobit. Podržava izbor lekova u tabeli kao najbolje ekonomsko rešenje.
 173. Perry CM, Whittington R, McTavish D. Fluconazole. An update of its antimicrobial activity, pharmacokinetic properties, and therapeutic use in vaginal candidiasis. *Drugs.* 1995 Jun;49(6):984–1006. Pregledni članak. Podržava upotrebu jedne doze flukonazola u prvom aktu lečenja.
 174. Reef SE, Levine WC, McNeil MM, Fisher-Hoch S, Holmberg SD, Duerr A, Smith D, Sobel JD, Pinner RW. Treatment options for vulvovaginal candidiasis, 1993. *Clin Infect Dis.* 1995 Apr;20 Suppl 1:S80–90. Pregledni članak. Podržava upotrebu klotrimazola u prvoj liniji terapije.
 175. Costa M, Passos XS, Miranda AT, de Araujo RS, Paula CR, Silva Mdo R. Correlation of in vitro itraconazole and fluconazole susceptibility with clinical outcome for patients with vulvovaginal candidiasis. *Mycopathologia.* 2004 Jan;157(1):43–7. Opservaciona studija. Upoređivala je efikasnost itraconazola i flukonazola u lečenju vaginalne kandidijaze. Nije nađena značajna razlika između tretmana.
 176. Sobel JD. Treatment of vaginal *Candida* infections. *Expert Opin Pharmacother.* 2002 Aug;3(8):1059–65. Ekspertsko mišljenje.
 177. Edelman DA, Grant S. One-day therapy for vaginal candidiasis. A review. *J Reprod Med.* 1999 Jun;44(6):543–7. Pregledni članak. Ukazuje da je jednodnevna terapija vaginalne kandidijaze efikasna koliko i višednevna, ali zbog nedovoljnog broja pacijenata zaključak ne može biti definitivn.
 178. Mikamo H, Kawazoe K, Sato Y, Hayasaki Y, Tamaya T. Comparative study on the effectiveness of antifungal agents in different regimens against vaginal candidiasis. *Chemotherapy.* 1998 Sep–Oct;44(5):364–8. Upoređeni su efekti oralne primene flukonazola i itraconazola sa vaginalnom primenom klotrimazola, u lečenju vaginalne kandidijaze. Flukonazol i itraconazol su pokazali značajno bolje rezultate (88% i 78% izlečenja prema 58% sa klotrimazolom).
 179. Elliott KA. Managing patients with vulvovaginal candidiasis. *Nurse Pract.* 1998 Mar;23(3):44–6,49–53. Pregledni članak.
 180. Voorspoels J, Casteels M, Remon JP, Temmerman M. Local treatment of bacterial vaginosis with a bioadhesive metronidazole tablet. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Oct 10;105(1):64–6. Dvostruko slepa, randomizirana, kontrolisana klinička studija. Upoređila je različite jednokratne vaginalne doze metronidazola sa placebom u lečenju bakterijske vaginoze. Pokazalo se da je doza od 100 mg isto efikasna kao više doze, i da rezultira izlečenjem u oko 50% pacijenata.
 181. Einarson A, Koren G. Bacterial vaginosis during pregnancy. Should we screen for and treat it? *Can Fam Physician.* 2002 May;48:877–8. Ekspertsko mišljenje. Podržava terapiju prikazanu u tabeli.

-
182. Cullins VA, Dominguez L, Guberski T, Secor RM, Wysocki SJ. Treating vaginitis. *Nurse Pract.* 1999 Oct;24(10):46, 49–50, 53–8 passim; quiz 64–5. Ekspertsko mišljenje., Podržava tretman naveden u tabeli.
183. Livengood CH 3rd, Soper DE, Sheehan KL, Fenner DE, Martens MG, Nelson AL, Ismail M, Thorp JM, Lappin M, Long BJ, Blackwelder T, Sweet RL, Sagov S. Comparison of once-daily and twice-daily dosing of 0.75% metronidazole gel in the treatment of bacterial vaginosis. *Sex Transm Dis.* 1999 Mar;26(3):137–42. Kontrolisana klinička studija. Pokazala je da jednodnevna vaginalna terapija metronidazolom ima isti efekat kao dvodnevna.
184. Nayagam AT, Smith MD, Ridgway GL, Allason-Jones E, Robinson AJ, Stock J. Comparison of ofloxacin and metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. *Int J STD AIDS.* 1992 May-Jun;3(3):204–7. Otvorena, randomizirana, kontrolisana klinička studija. Uporedila je sedmodnevni oralni tretman bakterijske vaginoze metronidazolom sa sedmodnevnim oralnim tretmanom ofloksacinom. Efikasnost je bila nešto bolja kod metronidazola (100% izlječenja prema 97%).
185. Schell CL, Harris JH, Honkanen AA, Edwards MS, Raia TJ Jr. Report on Gardnerella vaginitis. *Mil Med.* 1992 Jan;157(1):37–40. Pregledni članak.
186. Quan M. Diagnosis and management of infectious vaginitis. *J Am Board Fam Pract.* 1990 Jul-Sep;3(3):195–205. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
187. Secor RM. Bacterial vaginosis: a comprehensive review. *Nurs Clin North Am.* 1988 Dec;23(4):865–75. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
188. Kekki M, Kurki T, Kotomaki T, Sintonen H, Paavonen J. Cost-effectiveness of screening and treatment for bacterial vaginosis in early pregnancy among women at low risk for preterm birth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Jan;83(1):27–36. Analiza odluke. Skринing bakterijske vaginoze u ranoj trudnoći nema ekonomskog opravdanja.
189. Berger A, Kane KY. Clindamycin for vaginosis reduces prematurity and late miscarriage. *J Fam Pract.* 2003 Aug;52(8):603–4. Komentar. Još nije pokazano da li je skринing bakterijske vaginoze u ranoj trudnoći koristan i ekonomski opravdan ili ne.
190. Muller E, Berger K, Denmark N, Oleen-Burkey M. Cost of bacterial vaginosis in pregnancy. Decision analysis and cost evaluation of a clinical study in Germany. *J Reprod Med.* 1999 Sep;44(9):807–14. Otvorena kontrolisana klinička studija sa farmakoekonomskim elementom. Upoređeni su ishodi trudnoća kod kojih je radjen skринing na bakterijsku vaginozu, a zatim ista lečena, sa trudnoćama bez skринinga. U grupi trudnica sa skринingom i tretmanom ucestalost prevremenog porođaja i manje težine deteta je bila manja, tako da su ukupni troškovi trudnoće i porođaja bili za oko 35\$ niži (oko 6–7%).
191. Blackwell AL, Emery SJ, Thomas PD, Wareham K. Universal prophylaxis for Chlamydia trachomatis and anaerobic vaginosis in women attending for suction termination of pregnancy: an audit of short-term health gains. *Int J STD AIDS.* 1999 Aug;10(8):508–13. Kontrola prakse. Profilaktička primena antibiotika protiv bakterijske vaginoze kod bolesnica koje veštački prekidaju trudnoću sukcesivno smanjuje morbiditet i dovodi do uštede.
192. Ransom SB, McComish JF, Greenberg R, Tolford DA. Oral metronidazole vs. Metrogel Vaginal for treating bacterial vaginosis. Cost-effectiveness evaluation. *J Reprod Med.* 1999 Apr;44(4):359–62. Randomizirana kontrolisana klinička studija. Najbolji odnos troškova/koristi pokazuje generički preparat metronidazola, koji se primenjuje oralno.
193. Pennehouat G, Joly-Guillou ML, Mohseni H, Taarji HB, Madelenat P. Treatment of genital infections in gynecology. *Gynecol Obstet Fertil.* 2001 Dec;29(12):924–41. Pregledni članak. Podržava izbor leka u tabeli.
194. Hager WD, Rapp RP. Metronidazole. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1992 Sep;19(3):497–510. Pregledni članak.
195. Quan M. Diagnosis and management of infectious vaginitis. *J Am Board Fam Pract.* 1990 Jul-Sep;3(3):195–205. Pregledni članak. Podržava izbor leka u tabeli.
196. Treatment of sexually transmitted diseases. *Med Lett Drugs Ther.* 1986 Feb 28;28(708):23–8. Pregledni članak. Podržava izbor leka u tabeli.

-
197. Rossignol JF, Maisonneuve H, Cho YW. Nitroimidazoles in the treatment of trichomoniasis, giardiasis, and amebiasis. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol.* 1984 Feb;22(2):63–72. Ekspertsko mišljenje. Podržava izbor terapije naveden u tabeli.
 198. Van der Veen F, Fransen L. Drugs for STD management in developing countries: choice, procurement, cost, and financing. *Sex Transm Infect.* 1998 Jun;74 Suppl 1:S166–74. Pregled cena lekova za polne bolesti u 15 zemalja.
 199. Blackwell AL, Thomas PD, Wareham K, Emery SJ. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet.* 1993 Jul 24;342(8865):206–10. Opservaciona studija troškova skrininga i terapije polnih bolesti kod trudnica. Primena metronidazola ima povoljan odnos troškovi/efekat.
 200. Cates W Jr, Weisner PJ, Goodrich JT. How to treat PID. *Contracept Technol Update.* 1982 Aug;3(8):102–3. Pregledni članak. Predlaže hospitalizaciju većine bolesnica. Podržava izbor antibiotika u tabeli.
 201. Price SA, Polk HC Jr. Prophylactic and therapeutic use of antibiotics in pelvic surgery. *J Surg Oncol.* 1999 Aug;71(4):261–8. Ekspertsko mišljenje.
 202. Judlin PG, Koebele A. Acute salpingitis: current antibiotic protocols. *Contracept Fertil Sex.* 1997 Jul–Aug;25(7–8):572–5. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
 203. Peterson HB, Galaid EI, Zenilman JM. Pelvic inflammatory disease: review of treatment options. *Rev Infect Dis.* 1990 Jul–Aug;12 Suppl 6:S656–64. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
 204. Dodson MG. Optimum therapy for acute pelvic inflammatory disease. *Drugs.* 1990 Apr;39(4):511–22. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
 205. Lebceuf D, Rousset D, Cacaault JA, Engelman P. Prospective randomized study comparing the efficacy and tolerance of clindamycin–gentamycin versus metronidazole–gentamycin in acute utero–adnexal infections in hospitalized patients. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1987 Jan;82(1):9–15. Randomizirana kontrolisana klinička studija. Kombinacije klindamicin + genatmicin i metronidazol + genatamicin su se pokazale isto efikasne i bezbedne u lečenju adneksitisa.
 206. Greenberg RN, Reilly PM, Weinandt WJ, Wilson KM, Bollinger M, Ojile JM. Comparison trial of clindamycin with aztreonam or gentamicin in the treatment of postpartum endometritis. *Clin Ther.* 1987;10(1):36–9. Kontrolisana klinička studija. Pokazuje istu efikasnost gentamicina i aztreonama kod adneksitisa.
 207. Monif GR. Choice of antibiotics and length of therapy in the treatment of acute salpingitis. *Am J Med.* 1985 Jun 28;78(6B):188–93. Pregledni članak.
 208. Gilbert GL. Acute salpingitis. Diagnostic and therapeutic dilemmas. *Aust Fam Physician.* 1984 Sep;13(9):665–72. Pregledni članak.
 209. McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, Kmak DC, Ransom SB. Medically sound, cost–effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Jun;178(6):1272–8. Studija odnosa troškovi/korist tri tretmana adneksitisa: cefotetan plus doxycycline, clindamycin plus gentamicin, i ampicillin plus clindamycin plus gentamicin. Najbolje rezultate je pokazao tretman cefotetan plus doksiciklin.
 210. Eriksen NL, Blanco JD. Extended–spectrum (second– and third–generation) cephalosporins. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1992 Sep;19(3):461–74. Pregledni članak. Ističe značaj upotrebe cefotetana i cefoksitina kod adneksitisa zbog njihovog delovanja na anaerobne bakterije.
 211. de Beer JA, van den Ende J, Odendaal HJ. Efficacy of ampicillin and cefoxitin in the treatment of acute pelvic inflammatory disease. A comparative study. *S Afr Med J.* 1983 Oct 29;64(19):733–6. Kontrolisana klinička studija, koja je uporedila ampicilin i cefoksitin u lečenju adneksitisa. Oba antibiotika su pokazala isti efekat, pri čemu je ampicilin znatno jeftiniji.
 212. Kilic D, Basar MM, Kaygusuz S, Yilmaz E, Basar H, Batislam E. Prevalence and treatment of *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, and *Mycoplasma hominis* in patients with non–gonococcal urethritis. *Jpn J Infect Dis.* 2004 Feb;57(1):17–20. Opservaciona studija uzročnika uretritisa. Podržava podatke iz tabele.

-
213. Daly CC, Hoffman I, Hobbs M, Maida M, Zimba D, Davis R, Mughogho G, Cohen MS. Development of an antimicrobial susceptibility surveillance system for *Neisseria gonorrhoeae* in Malawi: comparison of methods. *J Clin Microbiol.* 1997 Nov;35(11):2985–8. Studija intervencije u kliničkoj praksi. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
 214. Carlin EM, Barton SE. Azithromycin as the first-line treatment of non-gonococcal urethritis (NGU): a study of follow-up rates, contact attendance and patients' treatment preference. *Int J STD AIDS.* 1996 May-Jun;7(3):185–9. Kontrolisan klinička studija. Upoređivala je klasičan tretman uretritisa sa jednom dozom azitromicina. Azitromicin se pokazao podjednako efikasnim, a jeftinijim tretmanom.
 215. Korting HC, Hartinger A. Genital chlamydia infections—clinical aspects, diagnosis and therapy. *Urologe A.* 1987 Sep;26(5):256–62. Pregledni članak. Podržava upotrebu tetraciklina i makrolida.
 216. Noguera X, Ferrer M, Ortola E, Lopez-Marin L. Evaluation of doxycycline in the treatment of urethritis and cervicitis caused by *Chlamydia trachomatis*. *Clin Ther.* 1986;9 Suppl A:33–7. Klinička studija. Pacijenti sa uretritisom izazvanim hlamidijama su tretirani tetraciklinima. Kliničko izlječenje je postignuto kod 75% pacijenata. Predlaže se upotreba tetraciklina kao prvog leka.
 217. Bowie WR. Epidemiology and therapy of *Chlamydia trachomatis* infections. *Drugs.* 1984 May;27(5):459–68. Pregledni članak. Podržava podatke iz tabele.
 218. Handsfield HH, Murphy VL. Comparative study of ceftriaxone and spectinomycin for treatment of uncomplicated gonorrhoea in men. *Lancet.* 1983 Jul 9;2(8341):67–70. Randomizirana klinička studija. Ceftriakson se pokazao boljim od spektinomicina u lečenju gonokoknog uretritisa.
 219. Bowie WR. In vitro and in vivo efficacy of antimicrobials against *Chlamydia trachomatis*. *Infection.* 1982;10 Suppl 1:S46–52. Pregledni članak. Podržava podatke iz tabele.
 220. Crabbe F, Vuylsteke B, de Clerck M, Laga M. Cost-effectiveness of management strategies for acute urethritis in the developing world. *Trop Med Int Health.* 2000 Sep;5(9):640–7. Farmakoekonomski model. Pokazao je da najbolji odnos troškovi/efekat pokazuje antibiotik koji bi se primenio u jednoj dozi, i čija cena bi bila manja od 1.5\$.
 221. Carlin EM, Barton SE. Azithromycin as a cost-effective treatment for nongonococcal urethritis in men. *Sex Transm Dis.* 1997 Jan;24(1):57. Ekspertsko mišljenje. Podržava upotrebu azitromicina kao najisplativije terapije.
 222. Lim KB, Thirumoorthy T, Lee CT, Sng EH, Tan T. Three regimens of procaine penicillin G, Augmentin, and probenecid compared for treating acute gonorrhoea in men. *Genitourin Med.* 1986 Apr;62(2):82–5. Klinička studija. Upoređila je odnos troškovi/korist tri tretmana akutne gonoreje: Augmentin 3.25 g plus probenecid 1 g oralno; procaine penicillin G 4.5 MIU intramuskularno i probenecid 1 g plus jedna tableta Augmentin 375 mg oralno; ili procaine penicillin G 4.5 MIU intramuskularno i probenecid 1 g plus dve tablete Augmentina 375 mg oralno. Najbolje rezultate je pokazao drugi tretman.
 223. Braun P, Sherman H, Komaroff AL. Urethritis in men: benefits, risks, and costs of alternative strategies of management. *Sex Transm Dis.* 1982 Oct–Dec;9(4):188–99. Farmakoekonomska analiza. Ukazuje da najbolji odnos troškovi/efekat ima upotreba tetraciklina, uz pregledanje brisa uretre na hlamidije.
 224. Caron F. Bacteriologic diagnosis and antibiotic therapy of urinary tract infections. *Rev Prat.* 2003 Oct 31;53(16):1760–9. Pregledni članak. Podržava izbor lekova u tabeli.
 225. Becopoulos T, Georgoulas D, Constantinides C, Stathakis H, Kosmidis J. Acute prostatitis: which antibiotic to use first. *J Chemother.* 1990 Aug;2(4):244–6. Pregledni članak. Preporučuje upotrebu netilmicina, aztreonama ili cefuroksima kod starijih od 35 godina.
 226. Kot T, Pettit-Young N. Acute and chronic bacterial prostatitis: a review of treatment approaches. *Compr Ther.* 1990 Aug;16(8):54–9. Pregledni članak. Preporučuje upotrebu kotrimoksazola kod akutnog pankreatitisa.
 227. Pruessner HT, Hansel NK, Griffiths M. Diagnosis and treatment of chlamydial infections. *Am Fam Physician.* 1986 Jul;34(1):81–92. Ekspertsko mišljenje. Podržava upotrebu makrolida ili tetraciklina kod hlamidijalnih infekcija.

-
228. Bowie WR. Epidemiology and therapy of Chlamydia trachomatis infections. *Drugs*. 1984 May;27(5):459–68. Ekspertsko mišljenje. Podržava upotrebu makrolida ili tetraciklina kod hlamidijalnih infekcija.
229. Kristensen JK, Scheibel JH. Etiology of acute epididymitis presenting in a venereal disease clinic. *Sex Transm Dis*. 1984 Jan–Mar;11(1):32–3. Opservaciona studija etiologije epididimitisa, na malom broju pacijenata.
230. Bowie WR. In vitro and in vivo efficacy of antimicrobials against Chlamydia trachomatis. *Infection*. 1982;10 Suppl 1:S46–52. Pregledni članak. Podržava podatke iz tabele.
231. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
232. Sack RB. Diarrhoea management: drug treatment. *Dialogue Diarrhoea*. 1986 Jun;(25):5. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
233. Wingate D, Phillips SF, Lewis SJ, Malagelada JR, Speelman P, Steffen R, Tytgat GN. Guidelines for adults on self-medication for the treatment of acute diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001 Jun;15(6):773–82. Pregledni članak. Podržava upotrebu antibiotika samo kod invazivne infekcije.
234. Kolsrud E, Szajewska H, Hoekstra JH. Choice of therapy for children with acute gastroenteritis in Norway Tidsskr Nor Laegeforen. 2001 Jan 30;121(3):309–12. Opservaciona studija (sa anketom) ponašanja propisivača kada je u pitanju dijareja. Postoje velike razlike u izboru terapije, pa je neophodno izdavanje novih vodiča.
235. Gregg CR, Nassar NN. Infectious Enteritis. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 1999 Apr;2(2):119–126. Ekspertsko mišljenje. Podržava izbor ciprofloksacina kao leka prve linije.
236. Kaminski N, Bogomolski V, Stalnikowicz R. Acute bacterial diarrhoea in the emergency room: therapeutic implications of stool culture results. *J Accid Emerg Med*. 1994 Sep;11(3):168–71. Opservaciona studija. Pokazalo se da najbolji efekat na invazivni enteritis ima ciprofloksacin.
237. Lolekha S, Vibulbandhitkit S, Poonyarit P. Response to antimicrobial therapy for shigellosis in Thailand. *Rev Infect Dis*. 1991 Mar–Apr;13 Suppl 4:S342–6. Pregledni članak. Podržava izbor ciprofloksacina za prvu liniju terapije.
238. Leung AK, Robson WL. Acute diarrhea in children. What to do and what not to do. *Postgrad Med*. 1989 Dec;86(8):161–4, 167–74. Pregledni članak. Ističe značaj oralne rehidracije, koju stavlja na prvo mesto u lečenju dijareje.
239. Roncoroni AJ Jr, de Cortigianni MR, Garcia Damiano MC. Cost and effectiveness of fecal culture in the etiologic diagnosis of acute diarrhea. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1989 Nov;107(5):381–7. Studija odnosa troškovi/efekat kod rutinske upotrebe koprokulture kod svih bolesnika sa dijarejom. Pokazalo se da se otkrivaju uzročnici samo u 28% koprokultura, tako da su troškovi po jednom izolatu oko 60\$, što je neprihvatljivo skupo.
240. DuPont HL, Ericsson CD, Robinson A, Johnson PC. Current problems in antimicrobial therapy for bacterial enteric infection. *Am J Med*. 1987 Apr 27;82(4A):324–8. Pregledni članak. Podržava upotrebu ciprofloksacina kao leka prvog izbora za lečenje invazivnog enteritisa.
241. Barada FA Jr, Guerrant RL. Sulfamethoxazole–trimethoprim versus ampicillin in treatment of acute invasive diarrhea in adults. *Antimicrob Agents Chemother*. 1980 Jun;17(6):961–4. Randomizirana klinička studija. Upoređen je efekat ampicilina na invazivnu dijareju sa efektom kotrimoksazola. Kotrimoksazol se pokazao efikasnijim, sa potpunim izlečenjem, dok je nekoliko sojeva bilo rezistentno na ampicilin, pa pacijenti nisu dobro reagovali.
242. Kafetzis DA, Maltezos HC, Zafeiropoulou A, Attilakos A, Stavrinadis C, Foustoukou M. Epidemiology, clinical course and impact on hospitalization costs of acute diarrhea among hospitalized children in Athens, Greece. *Scand J Infect Dis*. 2001;33(9):681–5. Studija troškova. Pokazala je da trećina dece sa dijarejama imaju bakterijskog uzročnika, i da njihov tretman nosi značajne troškove za zdravstveno osiguranje.
243. Cuculic M, Skendzic N, Troselj–Vukic B, Brncić–Dabo N. An analysis of total expenditures on hospitalized patients with diarrhoeal syndrome. *Acta Med Croatica*. 1994;48(2):89–92. Analiza troškova lečenja invazivne dijareje. Prosečni troškovi po pacijentu iznose 150\$.

-
244. Lima AA. Tropical diarrhoea: new developments in traveller's diarrhoea. *Curr Opin Infect Dis.* 2001 Oct;14(5):547–52. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika naveden u tabeli.245. Arduino RC, DuPont HL. Travellers' diarrhoea. *Baillieres Clin Gastroenterol.* 1993 Jun;7(2):365–85. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika naveden u tabeli.
246. Malnick SD, Zimhony O. Treatment of *Clostridium difficile*–associated diarrhea. *Ann Pharmacother.* 2002 Nov;36(11):1767–75. Pregledni članak, podržava izbor terapije iz tabele.
247. Klingler PJ, Metzger PP, Seelig MH, Pettit PD, Knudsen JM, Alvarez SA. *Clostridium difficile* infection: risk factors, medical and surgical management. *Dig Dis.* 2000;18(3):147–60. Pregledni članak, podržava izbor terapije iz tabele.
248. Wong SS, Woo PC, Luk WK, Yuen KY. Susceptibility testing of *Clostridium difficile* against metronidazole and vancomycin by disk diffusion and Etest. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 1999 May;34(1):1–6. In vitro studija osetljivosti *Cl. Difficile* na metronidazol i vankomicin. Testirano je 100 sojeva. Studija zaključuje da je metronidazol i dalje lek izbora.
249. Kelly CP, LaMont JT. *Clostridium difficile* infection. *Annu Rev Med.* 1998;49:375–90. Pregledni članak. Podržava izbor lekova kao u tabeli.
250. Wenisch C, Parschalk B, Hasenhundl M, Hirschl AM, Graninger W. Comparison of vancomycin, teicoplanin, metronidazole, and fusidic acid for the treatment of *Clostridium difficile*–associated diarrhea. *Clin Infect Dis.* 1996 May;22(5):813–8. Randomizirana kontrolisana klinička studija. Pokazala je da su sva 4 antibiotika slične efikasnosti, ali je metronidazol najjeftiniji, tako da ostaje lek prvog izbora.
251. Fekety R, Silva J, Buggy B, Deery HG. Treatment of antibiotic–associated colitis with vancomycin. *J Antimicrob Chemother.* 1984 Dec;14 Suppl D:97–102. Nekomolisana klinička studija. Potvrdila je efikasnost vankomicina u lečnju dijareje izazvane toksinom *Cl. difficile*.
252. Gotz VP, Rand KH. Medical management of antimicrobial–associated diarrhea and colitis. *Pharmacotherapy.* 1982 Mar–Apr;2(2):100–9. Pregledni članak. Podržava upotrebu vankomicina i metronidazola.
253. Kyne L, Hamel MB, Polavaram R, Kelly CP. Health care costs and mortality associated with nosocomial diarrhea due to *Clostridium difficile*. *Clin Infect Dis.* 2002 Feb 1;34(3):346–53. Epub 2001 Dec 17. Analiza troškova. Pokazala je da pojava pseudomembranoznog kolitisa povećava troškove lečenja pacijenta za oko 50%, i produžava bolničko lečenje za 3.6 dana.
254. Al–Eidan FA, McElnay JC, Scott MG, Kearney MP. *Clostridium difficile*–associated diarrhoea in hospitalised patients. *J Clin Pharm Ther.* 2000 Apr;25(2):101–9. Retrospektivna studija pacijenata lečenih od pseudomembranoznog kolitisa. Vankomicin i metronidazol su pokazali slične rezultate.
255. McFarland LV, Surawicz CM, Rubin M, Fekety R, Elmer GW, Greenberg RN. Recurrent *Clostridium difficile* disease: epidemiology and clinical characteristics. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999 Jan;20(1):43–50. Studija prijavljenih slučajeva dijareje izazvane toksinom *Cl. difficile*, na nacionalnom nivou. Pokazano je da kod recidivantnih bolesnika ukupni troškovi lečenja dostižu cifru od oko 10,000\$.
256. Dore MP, Marras L, Maragkoudakis E, Nieddu S, Manca A, Graham DY, Realdi G. Salvage therapy after two or more prior *Helicobacter pylori* treatment failures: the super salvage regimen. *Helicobacter.* 2003 Aug;8(4):307–9. Nekomolisana klinička studija. Pokazala je da kombinacija bizmuta, metronidazola, tetraciklina i omeprazola kod pacijenata koji nisu reagovali na drugu terapiju postiže izvanredan procenat izlečenja: oko 96%.
257. Cavaljuga S, Gornjakovic S, Potkonjak D. Four different treatment protocols for *Helicobacter pylori* infection—a clinical pilot study. *Med Arh.* 2003;57(3):151–6. Kontrolisana klinička studija. Pokazala je da najbolje rezultate za eradikaciju *H. pylori* daje kombinacija omeprazol + klaritromicin + metronidazol.
258. Gisbert JP, Pajares JM. Treatment of *Helicobacter pylori* Eradication Failures. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2003 Apr;6(2):147–156. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
259. Tsukada K, Miyazaki T, Katoh H, Masuda N, Ojima H, Fukai Y, Nakajima M, Manda R, Fukuchi M, Kuwano H, Tsukada O. Seven–day triple therapy with omeprazole, amoxicillin and clar-

ithromycin for *Helicobacter pylori* infection in haemodialysis patients. *Scand J Gastroenterol.* 2002 Nov;37(11):1265–8.

Nekontrolisana klinička studija. Pokazala je da sedmodnevna terapija kod infekcije sa *H. Pylori* ima najviše 82% izlječenja. 260. Della Monica P, Lavagna A, Masoero G, Lombardo L, Crocella L, Pera A. Effectiveness of *Helicobacter pylori* eradication treatments in a primary care setting in Italy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002 Jul;16(7):1269–75. Opservaciona studija. Podržava izbor antibiotika kao u tabeli.

261. Calvet X, Ducons J, Guardiola J, Tito L, Andreu V, Bory F, Guirao R; Group for Eradication Studies from Catalonia and Aragon (Gresca). One-week triple vs. quadruple therapy for *Helicobacter pylori* infection – a randomized trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002 Jul;16(7):1261–7. Randomizirana kontrolisana klinička studija. Pokazala je da sedmodnevna terapija ima stepen eradikacije oko 85%, i da nema značajne razlike ako se koristi terapija sa tri leka ili sa 4 leka (navedena u tabeli).
262. Eradication of *Helicobacter pylori* infection with proton pump inhibitor-based triple therapy. A randomised study. *Panminerva Med.* 2002 Jun;44(2):145–7. Palmas F, Pellicano R, Massimetti E, Berrutti M, Fagoonee S, Rizzetto M. Kontrolisana klinička studija. Pokazala je da sedmodnevna terapija ne daje zadovoljavajući procenat izlječenja, pa predlaže lečenje od najmanje 10 dana.
263. Vaira U, Gatta L, Ricci C, D'Anna L, Iglioni MM. *Helicobacter pylori*: diseases, tests and treatment. *Dig Liver Dis.* 2001 Dec;33(9):788–94. Pregledni članak.
264. Asaka M, Satoh K, Sugano K, Sugiyama T, Takahashi S, Fukuda Y, Ota H, Murakami K, Kimura K, Shimoyama T. Guidelines in the management of *Helicobacter pylori* infection in Japan. *Helicobacter.* 2001 Sep;6(3):177–86. Prikaz japanskog vodiča. Podržava izbor antibiotika kao u tabeli.
265. Leodolter A, Peitz U, Malfertheiner P. Healing peptic ulcer disease with therapy of *Helicobacter pylori* infection—an overview. *Wien Med Wochenschr.* 2001;151(13–14):300–8. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
266. Miehlik S, Bayerdorffer E, Graham DY. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Semin Gastrointest Dis.* 2001 Jul;12(3):167–79. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika dat u tabeli.
267. Antibiotic-resistant *H. pylori* infection and its treatment. *Curr Pharm Des.* 2000 Oct;6(15):1537–44. Ekspertsko mišljenje.
268. Childs S, Roberts A, Meineche-Schmidt V, de Wit N, Rubin G. The management of *Helicobacter pylori* infection in primary care: a systematic review of the literature. *Fam Pract.* 2000 Aug;17 Suppl 2:S6–11. Sistematski pregled. Trostruka terapija (omeprazol + amoksicilin + klaritromicin) je najefikasniji način terapije.
269. Anderson J, Gonzalez J. *H. pylori* infection. Review of the guideline for diagnosis and treatment. *Geriatrics.* 2000 Jun;55(6):44–9; quiz 50. Pregled vodiča. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
270. Badia X, Brosa M, Casado A, Segu L, Alvarez A. A cost-effectiveness analysis of strategies for the diagnosis-treatment of *Helicobacter pylori*-associated peptic ulcer in primary care. *Aten Primaria.* 1999 Oct 15;24(6):344–51. Primena Markovljevog modela na retrospektivno prikupljenim podacima. Pokazala je da je efikasnost različitih tretmana slična, i da odnos troškovi/korist prvenstveno zavisi od cene lekova koji se koriste.
271. Martin SJ, Zeigler DG. The use of fluoroquinolones in the treatment of skin infections. *Expert Opin Pharmacother.* 2004 Feb;5(2):237–46. Ekspertsko mišljenje. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
272. Abeck D, Mempel M, Seidl HP, Schnopp C, Ring J, Heeg K. Contagious impetigo—pathogen spectrum and therapeutic consequences. *Dtsch Med Wochenschr.* 2000 Oct 20;125(42):1257–9. Klinička studija. Pokazala je da je *S. aureus* najčešći patogen kod impetiga, i da lek izbora treba da bude penicilin otporan na penicilinu.
273. Darmstadt GL, Lane AT. Impetigo: an overview. *Pediatr Dermatol.* 1994 Dec;11(4):293–303. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.

-
274. Eady EA, Cove JH. Topical antibiotic therapy: current status and future prospects. *Drugs Exp Clin Res.* 1990;16(8):423–33. Pregledni članak o lokalnoj terapiji antibioticima uopšte. Kod impetiga predlaže mupirocin lokalno.
275. Barton LL, Friedman AD, Portilla MG. Impetigo contagiosa: a comparison of erythromycin and dicloxacillin therapy. *Pediatr Dermatol.* 1988 May;5(2):88–91. Randomizirana kontrolisna klinička studija. Upoređuje efekat dikloksacilina i eritromicina u lečenju impetiga. Efikasnost i bezbednost ovih lekova se nije razlikovala, pri čemu je eritromicin jeftinija terapija.
276. Rogers M, Dorman DC, Gapes M, Ly J. A three-year study of impetigo in Sydney. *Med J Aust.* 1987 Jul 20;147(2):63–5. Epidemiološka studija. Pokazala je da je *S. aureus* najčešći uzročnik, i predlaže na osnovu in vitro osetljivosti izolovanih bakterija primenu flukloksacilina kao leka prvog izbora.
277. Rice TD, Duggan AK, DeAngelis C. Cost-effectiveness of erythromycin versus mupirocin for the treatment of impetigo in children. *Pediatrics.* 1992 Feb;89(2):210–4. Kontrolisana klinička studija sa elementima analize odnosa troškova/korist. Upoređila je eritromicin i mupirocin lokalno za lečenje impetiga. Pokazalo se da je efikasnost obe terapije bila slična, uz manje neželjenih efekata u grupi sa mupirocinom. Terapija sa eritromicinom je bila jeftinija od terapije mupirocinom.
278. Martin SJ, Zeigler DG. The use of fluoroquinolones in the treatment of skin infections. *Expert Opin Pharmacother.* 2004 Feb;5(2):237–46. Pregledni članak. Ukazuje da su fluorohinoloni rezervni antibiotici kada je u pitanju celulitis.
279. Vinken A, Li Z, Balan D, Rittenhouse B, Wilike R, Nathwani D. Economic evaluation of linezolid, flucloxacillin and vancomycin in the empirical treatment of cellulitis in UK hospitals: a decision analytical model. *J Hosp Infect.* 2001 Dec;49 Suppl A:S13–24. Analiza odluke. Upoređeni su efikasnost i troškovi linezolida, flukloksacilina i vankomicina, kao lekova prvog izbora za celulitis. Pokazalo se da je upotreba linezolida najefikasnija, a da je i najjeftinija ako je verovatnoća da pacijent bude inficiran multirezistentnim sojem stafilokoka veća od 24.1%.
280. Bouvet A. Cellulitis and necrotizing fasciitis: microbiology and pathogenesis. *Ann Dermatol Venereol.* 2001 Mar;128(3 Pt 2):382–9. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
281. Veien NK. The clinician's choice of antibiotics in the treatment of bacterial skin infection. *Br J Dermatol.* 1998 Dec;139 Suppl 53:30–6. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.
282. South M, Royle J, Starr M. A simple intervention to improve hospital antibiotic prescribing. *Med J Aust.* 2003 Mar 3;178(5):207–9. Studija intervencije u praksi. Ukazuje na značaj poštovanja vodiča za troškove lečenja.
283. Schwegler B, Boni T, Furrer J, Spinas GA, Lehmann R. Practical management of diabetic foot. *Ther Umsch.* 2002 Aug;59(8):435–42. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika i indikaciju za njihovu primenu prikazane u tabeli.
284. Bonham P. A critical review of the literature: part II: antibiotic treatment of osteomyelitis in patients with diabetes and foot ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2001 May;28(3):141–9. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika i indikaciju za njihovu primenu prikazane u tabeli.
285. Bonham P. A critical review of the literature: part I: diagnosing osteomyelitis in patients with diabetes and foot ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2001 Mar;28(2):73–88. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika i indikaciju za njihovu primenu prikazane u tabeli.
286. Tennvall GR, Apelqvist J, Eneroth M. Costs of deep foot infections in patients with diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics.* 2000 Sep;18(3):225–38. Opservaciona farmakoeconomika studija. Utvrdila je da u ukupnim troškovima lečenja dijabetičarskih ulkusa na nogama lekovi učestvuju samo sa 4%. Najveći deo troškova nose hirurške intervencije lokalno lečenje (previjanje).
287. Sarkar PK, Ballantyne S. Management of leg ulcers. *Postgrad Med J.* 2000 Nov;76(901):674–82. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika dat u tabeli. 288. Lipsky BA, Berendt AR. Principles and practice of antibiotic therapy of diabetic foot infections. *Diabetes Metab Res Rev.* 2000 Sep–Oct;16 Suppl 1:S42–6. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
289. Hartemann-Heurtier A, Marty L, Ha Van G, Grimaldi A. Role of antibiotic therapy in diabetic foot management. *Diabetes Metab.* 2000 May;26(3):219–24. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.

-
290. Eneroth M, Larsson J, Apelqvist J. Deep foot infections in patients with diabetes and foot ulcer: an entity with different characteristics, treatments, and prognosis. *J Diabetes Complications*. 1999 Sep-Dec;13(5-6):254-63. Opservaciona studija. Pokazala je da kod težih infekcija postoji neophodnost primene parenteralnih antibiotika.
 291. West NJ. Systemic antimicrobial treatment of foot infections in diabetic patients. *Am J Health Syst Pharm*. 1995 Jun 1;52(11):1199-207; quiz 1239-40. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
 292. Grayson ML. Diabetic foot infections. *Antimicrobial therapy*. *Infect Dis Clin North Am*. 1995 Mar;9(1):143-61. Pregledni članak. Podržava izbor terapije dat u tabeli.
 293. Brunerova L, Andel M. Calculation of the costs of drugs, medical materials, certain medical procedures and social services for patients with diabetic foot syndrome. *Vnitr Lek*. 2003 Jun;49(6):457-64. Studija troškova lečenja dijabetičkih ulkusa nogu. Upoređivani su samo direktni troškovi, ali kod pacijenata u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj (posle amputacije) nezi. Troškovi sekundarne nege su 3, a troškovi tercijarne nege 50 puta veći od troškova primarne nege.
 294. Cechurova D, Lacigova S, Rusavy Z, Horakova N, Jankovec Z, Zourek M. Economic aspects of the diabetic foot syndrome. *Vnitr Lek*. 2003 Jun;49(6):453-6. Studija direktnih troškova nege dijabetičara sa ulkusom na stopalu u Češkoj Republici. Troškovi po pacijentu su bili veći za hospitalno lečenje (63%) nego za ambulantni tretman (37%).
 295. Benotmane A, Mohammed F, Ayad F, Kadi K, Medjbeur S, Azzouz A. Management of diabetic foot lesions in hospital: costs and benefits. *Diabetes Metab*. 2001 Dec;27(6):688-94. Studija direktnih i indirektnih troškova bolesnika hospitalizovanih zbog dijabetesa. Oko 9% takvih bolesnika je imalo ulkus stopala, i prosečni troškovi lečenja su iznosili 5,712\$. Studija zaključuje da je neophodno pomeriti težište u zdravstvenoj zaštiti na prevenciju pojave ulkusa stopala kod dijabetičara.
 296. O'Brien JA, Shomphe LA, Kavanagh PL, Raggio G, Caro JJ. Direct medical costs of complications resulting from type 2 diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 1998 Jul;21(7):1122-8. Studija troškova. Bez definitivnog zaključka.
 297. Eckman MH, Greenfield S, Mackey WC, Wong JB, Kaplan S, Sullivan L, Dukes K, Pauker SG. Foot infections in diabetic patients. Decision and cost-effectiveness analyses. *JAMA*. 1995 Mar 1;273(9):712-20. Modeliranje troškova i efikasnosti tretmana dijabetičkog stopala. Tretman sa najboljim odnosom troškovi/efekat je empirijska antibiotska terapija.
 298. Hoffman RD, Adams BD. The role of antibiotics in the management of elective and post-traumatic hand surgery. *Hand Clin*. 1998 Nov;14(4):657-66. Pregledni članak. Preporučuje antibiotsku profilaksu u indikacijama navedenim u tabeli.
 299. Wolff KD. Management of animal bite injuries of the face: experience with 94 patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 1998 Jul;56(7):838-43; discussion 843-4. Opservaciona studija. Ne preporučuje se rutinska antibiotska profilaksa.
 300. Krause M. Dog, cat and human bites. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1998 May 20;87(21):716-8. Pregledni članak. Preporučuje antibiotsku profilaksu u indikacijama navedenim u tabeli. Takođe podržava izbor lekova naveden u tabeli.
 301. Bunzli WF, Wright DH, Hoang AT, Dahms RD, Hass WF, Rotschafer JC. Current management of human bites. *Pharmacotherapy*. 1998 Mar-Apr;18(2):227-34. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika naveden u tabeli.
 302. Avril JL, Donnio PY. Pasteurelloses. *Presse Med*. 1995 Mar 18;24(11):516-8. Editorijal. Podržava podatke iz tabele.
 303. Anderson CR. Animal bites. Guidelines to current management. *Postgrad Med*. 1992 Jul;92(1):134-6,139-46,149. Pregledni članak. Podržava indikacije i izbor antibiotika iz tabele.
 304. Callahan M. Controversies in antibiotic choices for bite wounds. *Ann Emerg Med*. 1988 Dec;17(12):1321-30. Pregledni članak.
 305. Klimek JJ. Treatment of wound infections. : *Cutis*. 1985 Nov 15;36(5A):21-4. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika iz tabele.

-
306. Arons MS, Fernando L, Polayes IM. *Pasteurella multocida*—the major cause of hand infections following domestic animal bites. *J Hand Surg ŠAmČ*. 1982 Jan;7(1):47–52. Prikaz slučaja.
 307. Callaham M. Dog bite wounds. *JAMA*. 1980 Nov 21;244(20):2327–8. Pregledni članak. Podržava izbor antibiotika prikazan u tabeli.
 308. Chalisa MR, Hofling-Lima AL, Paranhos A Jr, Schor P, Belfort R Jr. Shifting trends in *in vitro* antibiotic susceptibilities for common ocular isolates during a period of 15 years. *Am J Ophthalmol*. 2004 Jan;137(1):43–51. Opservaciona studija osetljivosti mikroorganizama izolovanih iz oka osoba sa konjunktivitisom. Ukazuje da najmanja rezistencija postoji na fluorohinolone i hloramfenikol.
 309. Robert PY, Adenis JP. Comparative review of topical ophthalmic antibacterial preparations. *Drugs*. 2001;61(2):175–85. Pregledni članak.
 310. Ullman S, Roussel TJ, Culbertson WW, Forster RK, Alfonso E, Mendelsohn AD, Heidemann DG, Holland SP. *Neisseria gonorrhoeae* keratoconjunctivitis. *Ophthalmology*. 1987 May;94(5):525–31. Opservaciona studija gonokoknih konjunktivitisa. Ukazuje da je terapija parenteralnim antibioticima neophodna (penicilinom, cefalosporinom ili spektinomycinom).
 311. Seal DV, Barrett SP, McGill JJ. Aetiology and treatment of acute bacterial infection of the external eye. *Br J Ophthalmol*. 1982 Jun;66(6):357–60. Opservaciona studija 738 pacijenata sa konjunktivitisom. Vršena je mikrobiološka izolacija uzročnika, i potvrđeni su uzročnici navedeni u tabeli.
 312. Frick KD, Lietman TM, Holm SO, Jha HC, Chaudhary JS, Bhatta RC. Cost-effectiveness of trachoma control measures: comparing targeted household treatment and mass treatment of children. *Bull World Health Organ*. 2001;79(3):201–7. Epub 2003 Jul 07. Farmakoeкономска studija. Masovna primena antibiotika kod sve dece u krajevima ugroženim trahomom ima povoljniji odnos troškovi/efekat nego ciljano lečenje samo dijagnostikovanih slučajeva.
 313. Robert PY, Adenis JP. Comparative review of topical ophthalmic antibacterial preparations. : *Drugs*. 2001;61(2):175–85. Studija upoređenja cena lokalnih preparata antibiotika za primenu u oko. Pokazano je da su najjeftiniji gentamicin i hloramfenikol, a najskuplji fluorohinoloni i fuzidinska kiselina.
 314. Sheikh A, Hurwitz B, Cave J. Antibiotics for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001211. Sistematski pregled. Ukazuje da je lokalna primena antibiotika opravdana kod bakterijskog konjunktivitisa.
 315. Dawson CR, Schachter J. Strategies for treatment and control of blinding trachoma: cost-effectiveness of topical or systemic antibiotics. *Rev Infect Dis*. 1985 Nov–Dec;7(6):768–73. Studija ukazuje da oralna primena antibiotika kod hlamidijalnog konjunktivitisa predstavlja strategiju sa povoljnim odnosom troškovi/efekat.
 316. McAllum PJ, McGehee CN. Prescribing trends in infectious keratitis: a survey of New Zealand ophthalmologists. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2003 Dec;31(6):496–504. Anketa oftalmologa na Novom Zelandu. Pokazala je da oni poštuju vodiče za lečenje bakterijskog keratitisa, koji preporučuju izbor antibiotika iz tabele.
 317. Sotozono C, Inagaki K, Fujita A, Koizumi N, Sano Y, Inatomi T, Kinoshita S. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis* infections in the cornea. *Cornea*. 2002 Oct;21(7 Suppl):S94–101. Opservaciona studija. Pokazala je da se rezistentni stafilocok može eradicirati fluorohinolonom.
 318. Tan DT, Lee CP, Lim AS. Corneal ulcers in two institutions in Singapore: analysis of causative factors, organisms and antibiotic resistance. *Ann Acad Med Singapore*. 1995 Nov;24(6):823–9. Opservaciona studija. Podržava izbor antibiotika naveden u tabeli.
 319. Snyder ME, Katz HR. Ciprofloxacin-resistant bacterial keratitis. *Am J Ophthalmol*. 1992 Sep 15;114(3):336–8. Prikaz slučaja.
 320. Ullman S, Roussel TJ, Culbertson WW, Forster RK, Alfonso E, Mendelsohn AD, Heidemann DG, Holland SP. *Neisseria gonorrhoeae* keratoconjunctivitis. *Ophthalmology*. 1987 May;94(5):525–31. Opservaciona studija gonokoknih konjunktivitisa. Ukazuje da je terapija parenteralnim antibioticima neophodna (penicilinom, cefalosporinom ili spektinomycinom).

-
321. Khokhar S, Sindhu N, Mirdha BR. Comparison of topical 0.3% ofloxacin to fortified tobramycin-cefazolin in the therapy of bacterial keratitis. *Infection*. 2000 May-Jun;28(3):149–52. Randomizirana kontrolisana klinička studija. Podržava podatke navedene u tabeli.
 322. Panda A, Ahuja R, Sastry SS. Comparison of topical 0.3% ofloxacin with fortified tobramycin plus cefazolin in the treatment of bacterial keratitis. *Eye*. 1999 Dec;13 (Pt 6):744–7. Randomizirana kontrolisana klinička studija. Upoređena je efikasnost i bezbednost lokalnog preparata ofloksacina i kombinacije tobramicina i cefazolina. Pokazalo se da je odnos troškovi/efekat povoljniji kod ofloksacina.
 323. McLeod SD, LaBree LD, Tayanipour R, Flowers CW, Lee PP, McDonnell PJ. The importance of initial management in the treatment of severe infectious corneal ulcers. *Ophthalmology*. 1995 Dec;102(12):1943–8. Opservaciona studija. Ukazuje na važnost dobrog izbora inicijalne terapije.

Osim navedene literature, u izradi smernica su korišćeni i sledeći vodiči:

1. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. The Sanford guide to antimicrobial therapy. 33rd edition, Antimicrobial Therapy, Inc, Hyd Park, USA, 2003.
2. Cambridgeshire GP Antibiotic Guidelines 2001.doc, A83, Version 1200, 28.9.01 EBM Guidelines. www.ebm-guidelines.com