

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від 09 вересня 2026 року № 1328

СТАНДАРТ

**Рациональне застосування протимікробних лікарських засобів
з лікувальною та профілактичною метою у закладах охорони
здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу**

Розробники

Кузін Ігор Володимирович	заступник Міністра охорони здоров'я – головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи;
Хайтович Микола Валентинович	професор кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови робочої групи, (за згодою);
Самчук Микола Олегович	експерт відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», секретар робочої групи (за згодою);
Бекетова Галина Володимирівна	завідувачка кафедри дитячих і підліткових захворювань Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (за згодою);
Бик Віталій Іванович	головний спеціаліст відділу з формування політики в сфері програми медичних гарантій та медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;
Водяник Аркадій Аркадійович	голова відділу надання медичних послуг бюро ВООЗ в Україні (за згодою);
Глушкевич Тетяна Георгіївна	завідувачка референс-лабораторії мікробіологічних та паразитологічних досліджень ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (за згодою);
Зінчук Олександр Миколайович	завідувач кафедри інфекційних хвороб ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» (за згодою);
Колесник Роман Олександрович	проектний менеджер РАТН (Program for Appropriate Technology in Health) (за згодою);
Крамарьов Сергій Олександрович	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (за згодою);
Медведь Володимир Ісакович	завідувач відділу Державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» (за згодою);

Михайленко Дмитро Євгенович	лікар-терапевт відділу інфекційного контролю Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС (за згодою);
Нетяженко Василь Захарович	завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (за згодою);
Олещук Олександра Михайлівна	завідувач кафедри фармакології з клінічною фармакологією Тернопільського національного медичного університету (за згодою);
Петренко Василь Іванович	завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (за згодою);
Сокурєнко Наталія Борисівна	начальник відділу з питань безпеки середовища життєдіяльності людини Департаменту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України;
Чабан Тетяна Володимирівна	завідувачка кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету (за згодою);
Гаврилов Ігнат Олександрович	фармацевт відділу антимікробної резистентності та інфекційного контролю ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», секретар робочої групи, (за згодою);
Литкін Дмитро Віталійович	капітан медичної служби, офіцер відділу планування та розвитку спроможностей військової медицини Військово-медичного управління (за згодою);
Ганжа Ірина Миколаївна	лейтенант медичної служби, офіцер відділу планування та розвитку спроможностей військової медицини Військово-медичного управління (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
-------------------------------	---

Дата оновлення стандарту – 2031 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

АЛЗ	антибактеріальний лікарський засіб системної дії
АТС	анатомо-терапевтично-хімічна класифікація лікарських засобів
ВАІТ	відділення анестезіології та інтенсивної терапії
ВАП	вентилятор-асоційована пневмонія
ВАРІТ	відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії
в/в	внутрішньовенно
ВІК	відділ з інфекційного контролю
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу
ІдМТ	ідеальна маса тіла
ІМТ	індекс маси тіла
ІПНМД	інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги
КАІК	катетер-асоційована інфекція кровотоку
КАІСШ	катетер-асоційовані інфекції сечових шляхів
КЛ	кількості ліжок
КУО/мл	кількість колонієутворюючих одиниць в 1 мл
МАМР	множинна резистентність мікроорганізмів до антимікробних лікарських засобів
МІК	мінімальна інгібуюча концентрація
МНН	міжнародна непатентована назва
МПМР	множинна резистентність до протимікробних лікарських засобів
ПЛЗ	протимікробні лікарські засоби
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПМР	протимікробна резистентність
протівірусна терапія	лікування протівірусними (АТС J05) лікарськими засобами для системного застосування
протипаразитарна терапія	лікування протипаразитарними лікарськими засобами (АТС P01-03) засобами для системного застосування
СМТ	скоригована маса тіла
СОП	стандартна операційна процедура
ТЛМ	терапевтичний лікарський моніторинг
уІСШ	ускладнені інфекції сечових шляхів (наявність структурних або функціональних змін з боку сечостатевого тракту, тяжкої фонові соматичної патології, будь-яка інфекція сечових шляхів у вагітної, пацієнта чоловічої статі)
ФОП	фізична особа-підприємець, яка зареєстрована в установленому законом порядку та одержала ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики

ШКК	шлунково-кишкова кровотеча
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
ШКФ	швидкість клубочкової фільтрації
ХОЗЛ	хронічне обструктивне захворювання легень
CRE	карбапенем-резистентні <i>Enterobacteriaceae</i>
ESBL	β-лактамази розширеного спектру дії
ESKAPE	група бактерій, до якої входять <i>Enterococcus faecium</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Enterobacter spp</i>
MRSA	метицилінорезистентний <i>Staphylococcus aureus</i>
MSSA	метицилін-чутливий <i>Staphylococcus aureus</i>
Інструкція	Інструкція з впровадження адміністрування антимікробних препаратів у закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстровану в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1322/36944
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 096/о	форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362
Форма № 111/о	форма первинної облікової документації № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302

I. Загальні положення

1. Цей Стандарт розроблений на виконання підпункту 1 пункту 7 Операційного плану з реалізації у 2024-2026 роках Державної стратегії боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів на період до 2030 року розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2024 р. № 1265-р «Про схвалення Державної стратегії боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024-2026 роках», з метою надання якісної, ефективної та безпечної медичної допомоги пацієнтам, які потребують лікування протимікробними лікарськими засобами. Цей Стандарт встановлює загальні вимоги до призначення, коригування та припинення антибактеріальної/антифунгальної/протівірусної/протипаразитарної терапії системної дії (далі – протимікробна терапія) в закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу (далі – ЗОЗ) та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики (далі – ФОП), що забезпечують медичне обслуговування населення, з метою попередження та зниження поширеності інфекційних хвороб, викликаних мікроорганізмами з резистентністю.

2. Цей Стандарт не поширюються на вимоги до призначення парентеральної периопераційної антибіотикопрофілактики, а також призначення протимікробних лікарських засобів (далі – ПЛЗ) новонародженим.

3. Цей Стандарт призначений для керівників ЗОЗ, їх заступників, фармацевтів клінічних, фармацевтів та лікарів усіх спеціальностей (в тому числі лікарів, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці), які залучені до призначення ПЛЗ. До ПЛЗ належать антибактеріальні, антифунгальні, протівірусні та протипаразитарні лікарські засоби.

4. Своєчасне та кваліфіковане призначення ПЛЗ є обов'язком лікуючого лікаря, що визначено частиною третьою статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

5. У ЗОЗ/структурних підрозділах ЗОЗ у стаціонарних умовах фармацевт клінічний відділу з інфекційного контролю (далі – ВІК) відповідальний за впровадження адміністрування ПЛЗ, що здійснюється відповідно до Інструкції з впровадження адміністрування антимікробних препаратів у закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстровану в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1322/36944 (далі - Інструкція).

6. Керівництво ЗОЗ у стаціонарних умовах забезпечує цілодобову доступність витратних матеріалів і обладнання для забору зразків біологічного матеріалу, їх тимчасового зберігання (за потреби) до надсилання до мікробіологічної лабораторії та отримання результатів мікробіологічних досліджень.

7. При призначені ПЛЗ, вибору дозування та режиму використання враховуються:

1) особливості пацієнта, які зумовлюють варіабельність фармакокінетичних параметрів (ниркова/печінкова недостатність, септичний шок, підвищений ренальний кліренс, гіпопротеїнемія/ожиріння/кахексія, вагітність, вікові особливості пацієнтів тощо). Корекція дозування ПЛЗ при варіабельності фармакокінетичних параметрів проводиться відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу або галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Корекція дозування ПЛЗ у випадках ниркової недостатності або підвищеного ренального кліренсу проводиться відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу та положень додатку 1 до цього Стандарту, а у випадку ожиріння, проводиться відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу та положень додатку 2 до цього Стандарту;

2) особливості фармакокінетики ПЛЗ враховуються для кожного пацієнта окремо. Спосіб призначення протимікробної терапії повинен сприяти досягненню ефективних концентрацій ПЛЗ у тканинах ділянки осередка інфекційної хвороби;

3) застосування ПЛЗ у вагітних та у жінок, які годують груддю, проводиться відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу та Державного формуляра лікарських засобів;

4) застосування ПЛЗ при недостатності функції внутрішніх органів (печінки, нирок, серцево-судинної та дихальної систем) проводиться відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу та Державного формуляра лікарських засобів;

5) потенційна взаємодія з іншими лікарськими засобами згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу та Державним формуляром лікарських засобів.

8. Кожне призначення ПЛЗ у ЗОЗ у стаціонарних умовах, письмово обґрунтовується у формі первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № », затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі – форма № 003/о); формі первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № », затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362 (далі - форма № 096/о); або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

9. Письмове обґрунтування призначення протимікробної терапії у ЗОЗ/ФОП повинно містити:

- 1) встановлену або з високою ймовірністю підозрювану інфекційну хворобу та критерії, що спонукали призначити протимікробну терапію;
- 2) назва ПЛЗ (зазначається у формі міжнародної непатентованої назви (далі - МНН);
- 3) доза, лікарська форма, кратність та шлях введення ПЛЗ;
- 4) передбачувана тривалість протимікробної терапії;
- 5) дата наступного перегляду та/або припинення призначеної протимікробної терапії (для антибактеріального лікарського засобу системної дії (далі – АЛЗ) – через 48-72 год)).

10. У ЗОЗ/структурних підрозділах ЗОЗ/ФОП в амбулаторних умовах перед початком протимікробної терапії лікар надає зрозумілою мовою та у доступний для пацієнта спосіб (його родичів/законних опікунів) наступну інформацію:

- 1) причина призначення ПЛЗ;
- 2) МНН (основна діюча речовина);
- 3) лікарська форма ПЛЗ, шлях введення та індивідуальні особливості дозування ПЛЗ (за наявності);
- 4) запланована тривалість протимікробної терапії;
- 5) особливості взаємодії ПЛЗ з їжею чи з лікарськими засобами;
- 6) ознаки появи можливих побічних реакцій внаслідок прийому ПЛЗ та способи їхнього усунення;
- 7) план дій на випадок неефективності призначеної протимікробної терапії та/або погіршення загального клінічного стану.

У ЗОЗ/ФОП в амбулаторних умовах призначення системних ПЛЗ фіксується у формі первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №__», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі – форма № 025/о), зокрема, у вкладному листку № 3 «Листок призначень лікарських засобів та медичних виробів під час надання медичної допомоги в амбулаторних умовах» форми № 025/о; формі первинної облікової документації № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 (далі – форма № 111/о) або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

11. Рішення про призначення або непризначення терапії ПЛЗ є виключною компетенцією лікаря та не може бути прийнятим під тиском з боку пацієнта або інших осіб. Лікар зрозумілою мовою та у доступний для пацієнта (його родичів/законних опікунів) спосіб надає інформацію щодо захворювання, необхідності уникнення терапії ПЛЗ та клінічні ознаки ускладнень хвороби або

симптоми приєднання вторинної бактеріальної інфекції, що вимагатиме проведення антибіотикотерапії.

12. У ЗОЗ у стаціонарних умовах рекомендовано проводити терапевтичний лікарський моніторинг (далі – ТЛМ) для таких категорій пацієнтів та класів ПЛЗ (за потреби, перелік може бути розширено рішенням керівника ЗОЗ):

1) ПЛЗ з вузьким терапевтичним індексом – наприклад, аміноглікозиди (гентаміцин, тобраміцин, амікацин), глікопептиди (ванкоміцин, тейкопланін); антифунгальні лікарські засоби (вориконазол, ітраконазол, посаконазол, амфотерицин В);

2) ПЛЗ, для яких встановлено залежність між їх плазмовою концентрацією та клінічною ефективністю (необхідність контролю та підтримки встановленого відношення між плазмовою та мінімальною інгібуючою концентрацією);

3) пацієнти, які мають варіабельність фармакокінетичних параметрів (з нирковою/печінковою недостатністю, з гіпопротеїнемією/ожирінням/кахексією, вагітні жінки, новонароджені, пацієнти старші 65 років);

4) в інструкції для медичного застосування лікарського засобу наведено певну цільову терапевтичну плазмову концентрацію;

5) неможливо здійснювати моніторинг терапевтичного ефекту лікарського засобу;

6) наявність у пацієнта генетично детермінованої варіабельності метаболізму лікарських засобів;

7) пацієнт приймає інші лікарські засоби, що можуть впливати на фармакокінетику призначеного АЛЗ.

13. У ЗОЗ/ФОП в амбулаторних умовах, за потреби, проводиться телемедичне консультування щодо раціонального застосування ПЛЗ відповідно до Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги, із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2022 року за № 1155/38491.

II. Загальні принципи раціонального призначення антибактеріальних лікарських засобів

1. Для прийняття рішення щодо доцільності початку емпіричної системної антибіотикотерапії необхідно враховувати клінічну картину захворювання, а за необхідності визначати маркери бактеріального запалення (прокальцитонін, С-реактивний білок, абсолютна кількість лейкоцитів, абсолютна та відносна кількість нейтрофілів).

2. У ЗОЗ/ФОП в амбулаторних умовах у випадках призначення емпіричної антибіотикотерапії необхідно до введення АЛЗ пацієнту отримати зразок біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження з метою

ідентифікації збудника інфекційної хвороби. Зразок біологічного матеріалу потрібно асептично зібрати з передбачуваних/підозрюваних локусів інфекційної хвороби та надіслати до мікробіологічної лабораторії.

Забір зразків біологічного матеріалу проводиться з урахуванням клінічної доцільності. За наявності обґрунтованих причин, що зазначаються у відповідній формі первинної облікової документації, забір зразків біологічного матеріалу для бактеріологічного дослідження не проводиться та, за потреби, призначаються інші дослідження для виявлення маркерів збудників інфекційних хвороб (наприклад, серологічні методи підтвердження інфекційної хвороби).

У випадках, коли пацієнт проходить подальше лікування у лікаря, відповідно до укладеної декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, лікар ЗОЗ/ФОП в амбулаторних умовах рекомендує проведення бактеріологічного дослідження.

3. У ЗОЗ у стаціонарних умовах за потреби призначення емпіричної антибіотикотерапії у пацієнта проводиться забір зразка біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження з метою ідентифікації збудника інфекційної хвороби до введення АЛЗ. Зразок біологічного матеріалу асептично забирається з передбачуваних/підозрюваних локусів інфекційної хвороби та надсилається до мікробіологічної лабораторії.

Забір зразків біологічного матеріалу до введення АЛЗ проводиться з урахуванням користі та шкоди для пацієнта. За наявності обґрунтованих причин, що зазначаються у відповідній формі первинної облікової документації, забір зразків біологічного матеріалу проводиться відтерміновано (наприклад, інтраопераційно) або не з усіх передбачуваних/підозрюваних локусів (наприклад, за наявності пневмонії у пацієнта перших трьох років життя проводиться забір крові для проведення бактеріологічного дослідження без забору мокротиння).

За наявності протипоказань для проведення маніпуляції, потрібної для відбору зразка біологічного матеріалу, обґрунтування зазначаються у карті стаціонарного пацієнта, забір зразків не проводиться та, за потреби, призначаються інші дослідження для виявлення маркерів збудників інфекційних хвороб.

4. Вибір емпіричного режиму антибіотикотерапії повинен враховувати типи/групи пацієнтів з інфекційними хворобами, ризик наявності мікроорганізмів з множинною резистентністю до протимікробних лікарських засобів (далі – МПМР) відповідно до положень додатку 3 до цього Стандарту та дані кумулятивної антибіотикограми ЗОЗ у стаціонарних умовах.

5. Вибір АЛЗ для проведення емпіричної антибіотикотерапії ґрунтується на передбачуваному отриманні терапевтичного ефекту проти найбільш імовірного інфекційного агента (в тому числі залежно від анатомічної локалізації запалення) та його можливої стійкості до обраного АЛЗ згідно з даними локальної/регіональної/національної кумулятивної антибіотикограми. Також

потрібно враховувати умови виникнення інфекційної хвороби бактеріальної етіології (госпітальна/позагоспітальна) та ризик наявності у пацієнта МПМР.

6. Для прийняття рішення щодо вибору та/або перегляду АЛЗ потрібно використовувати як тільки стають доступні проміжні звіти бактеріологічної лабораторії про виявлені мікроорганізми (наприклад: мікроскопія, зокрема для стерильних рідин організму (спинномозкова, синовіальна, плевральна тощо)), результати на основі застосування методів пришвидшеної ідентифікації збудника інфекційної хвороби.

За потреби, рекомендовано використовувати проміжні звіти лабораторії про виявлені мікроорганізми на основі застосування методів пришвидшеної ідентифікації збудника інфекційної хвороби, наприклад: швидкі родові тести (оксидаза, каталаза тощо), швидкі тести на бета-гемолітичний стрептокок групи А, автоматизовані системи (MALDI-TOF мас-спектрометрія тощо), ПЛР в реальному часі, мультиплексні синдромні ПЛР і виявлення маркерів бактеріального запалення (наприклад, прокальцитонін).

За потреби, через добу після посіву зразка біологічного матеріалу рекомендовано проводити швидкі родові тести, фарбування за Грамом та надати лікарю попередній (проміжний) звіт про наявність ентеробактерій, неферментуючих бактерій, стафілококів, стрептококів, бета-гемолітичних стрептококів, ентерококів, грибів, спорової флори. За потреби, у колоніях визначають механізми резистентності, що враховують при призначенні/перегляді антибіотикотерапії.

7. У ЗОЗ у стаціонарних умовах вибір та призначення АЛЗ лікарем здійснюється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, стандартних операційних процедур (далі – СОП) з адміністрування призначення АЛЗ, а також шляхом проведення преавторизації. Розробка відповідних СОП та процедури преавторизації АЛЗ визначені в Інструкції.

8. СОП з адміністрування призначення АЛЗ у ЗОЗ у стаціонарних умовах включає такий перелік інфекційних хвороб, але не обмежується ним (за потреби, перелік може бути розширено рішенням керівника ЗОЗ):

1) інфекційні хвороби сечовидільних шляхів (уретрит, цистит, пієлонефрит, включаючи катетер-асоційовані інфекції сечових шляхів (далі - КАІСШ);

2) інфекційні хвороби нижніх дихальних шляхів (госпітальна пневмонія, негоспітальна пневмонія та вентилятор-асоційована пневмонія (далі - ВАП);

3) інфекційні хвороби м'яких тканин (гнійні рани після травм чи укусів; флегмони/некротизуючі фасциїти, абсцеси);

4) інфекційні хвороби шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ) (сальмонельоз, шигельоз, інфекції жовчовивідних шляхів, перитоніт);

5) сепсис невідомої етіології, в тому числі катетер-асоційована інфекція кровотоку (далі – КАІК);

6) псевдомембранозний коліт (інфекційна хвороба, спричинена *Clostridium difficile*).

9. У СОП з адміністрування призначення АЛЗ у ЗОЗ у стаціонарних умовах для всіх наявних у ЗОЗ АЛЗ зазначається інструкція для вибору лікарського засобу, дозування, режиму прийому, з урахуванням наведеного у пункті 7 розділу I цього Стандарту.

10. Вибір та призначення АЛЗ, зокрема з метою проведення емпіричної антибіотикотерапії, здійснюється лікарем відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Режими емпіричного вибору АЛЗ щодо окремих поширених інфекційних хвороб проводиться відповідно до додатку 4 до цього Стандарту.

11. З метою проведення емпіричної антибіотикотерапії, рутинне призначення кількох АЛЗ, спектр активності яких включає всіх можливих мікроорганізмів (в тому числі комменсалів і бактерій, що вільно колонізують шкіру та слизові оболонки) заборонено, за виключенням випадків, прямо визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

12. Комбінована емпірична антибіотикотерапія показана в таких випадках:

1) за умови, що один із ймовірних бактеріальних інфекційних агентів може бути стійким до одного АЛЗ, або такий інфекційний агент невідомий;

2) змішані аеробно-анаеробні інфекційні хвороби (наприклад, абдомінальні або інфекційні хвороби органів малого тазу), при яких потрібно додати метронідазол до АЛЗ, що не володіють антибактеріальною активністю до анаеробної флори (аміноглікозиди, цефалоспорини).

3) АЛЗ рекомендовано використовувати у комбінованій терапії з іншим АЛЗ (наприклад, аміноглікозиди з бета-лактамами АЛЗ для лікування системних інфекційних хвороб поза сечовими шляхами) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

13. У ЗОЗ у стаціонарних умовах антибіотикотерапію потрібно розпочинати в межах першої години після обґрунтованої підозри на септичний шок, одразу після забору матеріалу для бактеріологічного дослідження (кров та інший зразок біологічного матеріалу, що отриманий із місць підозрюваного джерела інфекційної хвороби інвазивним методом); при цьому, для гемокультур, забір проводиться для дослідження на аеробні та анаеробні бактерії.

14. У ЗОЗ у стаціонарних умовах у випадку сепсису/септичного шоку, антибіотикотерапія повинна включати емпіричне призначення кількох АЛЗ, спектр активності яких покриває всіх можливих інфекційних агентів в передбачуваній ділянці інфекційного запалення, а також враховує ризик наявності мікроорганізмів з МПМР до призначених АЛЗ та дані локальної/регіональної/національної кумулятивної антибіотикограми.

15. У всіх клінічних випадках емпіричне лікування передбачає призначення антибактеріальної монотерапії (за можливості). Емпіричне призначення кількох АЛЗ з лікувальною метою слід впродовж 72 годин замінити одним АЛЗ, відразу після отримання даних щодо визначеного етіологічного збудника та, за наявності, чутливості до АЛЗ (провести деескалацію).

16. Не рекомендоване рутинне використання АЛЗ, що в одиниці лікарської форми містять фіксовану комбінацію кількох діючих речовин, наведених у додатку 5 до цього Стандарту.

17. Призначення АЛЗ для системного застосування (АТС J01) з метою лікування інфекційних хвороб, викликаних вірусами, грибами або паразитами, заборонено, якщо такі показання не передбачені інструкцією для медичного застосування лікарського засобу або галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

18. Призначення АЛЗ для системного застосування (АТС J01) з метою профілактики інфекцій заборонено в таких випадках:

1) відсутність показань до профілактичного використання АЛЗ в інструкції для медичного застосування лікарського засобу;

2) у Стандарті «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика» затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 квітня 2026 № 540, АЛЗ не включено;

3) відсутність показань до профілактичного використання даного АЛЗ у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

19. Лабораторне виявлення мікроорганізмів, які є типовими представниками локального мікробіому анатомічної ділянки, з якої було отримано зразок біологічного матеріалу для досліджень, без ознак розвитку інфекційного процесу не є підставою для призначення антибіотикотерапії, за виключенням визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я інфекційних агентів, що підлягають обов'язковій ерадикації.

20. Виділення бактерій та грибів зі стерильного локусу за відсутності клінічних симптомів інфекційної хвороби у пацієнта може свідчити про контамінацію зразка біологічного матеріалу, тому потребує повторного отримання зразка з контролем дотримання вимог забору біологічного матеріалу для проведення мікробіологічних досліджень.

21. Попередньо призначену антибіотикотерапію потрібно відкоригувати впродовж перших 12 годин, відповідно до встановленої чутливості мікроорганізмів до АЛЗ, у випадку лабораторного виявлення бактеріальних штамів, які є умовно-патогенними та/або патогенними мікроорганізмами, і є етіологічними факторами інфекційної хвороби.

Якщо збудник має чутливість до більш ніж одного АЛЗ за МНН, лікар призначає АЛЗ, до якого немає прямих протипоказань та який належить до групи AWaRe відповідно додатку 5 до цього Стандарту з нижчим рівнем ризику розвитку протимікробної резистентності (далі – ПМР) (тобто доступу>спостереження>резерву) та здатний проникати у анатомічну ділянку тіла, у якій локалізоване запалення.

22. У всіх випадках встановлення альтернативного (неінфекційного) діагнозу та/або скасування діагнозу інфекційної хвороби бактеріальної етіології потрібно невідкладно припинити лікування АЛЗ.

23. У ЗОЗ у стаціонарних умовах під час застосування АЛЗ необхідно щоденно контролювати стан пацієнта з метою оцінки клінічної ефективності лікування, реєстрації можливих побічних реакцій та визначення оптимальної тривалості лікування.

24. Продовжувати антибіотикотерапію, обґрунтовуючи це збереженням окремих симптомів та/або ознак інфекційної хвороби (наприклад, субфебрильна температура тіла, помірний лейкоцитоз без зсуву до юних форм нейтрофілів, невелика кількість трахеального секрету та/або залишкові інфільтративні зміни на рентгенограмі внаслідок ВАП, наявність післяопераційних дренажів в черевній порожнині або сечового катетеру (без ознак активної інфекції) заборонено.

25. Подовжена антибіотикотерапія проводиться в таких випадках:

1) бактеріємія:

спричинена *S. aureus* (MSSA/MRSA) - 14 діб після отримання негативного результату бактеріологічного дослідження крові (забір зразка біологічного матеріалу проводиться через кожні 72 години);

спричинена *Enterobacteriaceae spp.* – 7-10 діб;

спричинена *P. aeruginosa* - 14 діб;

КАІК - залежно від етіологічного збудника;

2) ВАП, спричинена *P. aeruginosa* або *Acinetobacter spp.* - 7-10 діб;

3) інфекційні хвороби із «тяжкодоступною» для АЛЗ локалізацією, наприклад:

серцеві клапани (бактеріальний ендокардит) – 4-6 тижнів;

центральна нервова система (абсцес мозку/ субдуральна емпієма/ вентрикуліт) – 2-4 тижні;

бактеріальний менінгіт (залежно від збудника) – 7-21 діб;

інфекція вентрикуло-перитонеального шунта – 10-21 діб;

4) кістки:

остеомієліт – 6 тижнів, якщо остеомієліт спричинений *S. aureus*, та 3-4 тижні – іншими бактеріями;

септичний артрит – 2-3 тижні;

5) стійка афебрильна нейтропенія;

6) інфекційні хвороби, що спричинені множинно-, розширено- і панрезистентними мікроорганізмами.

26. За наявності показань антибіотикотерапія здійснюється одночасно із проведенням хірургічного контролю джерела інфекції:

1) хірургічне розкриття та дренивання осередку бактеріальної інфекції (абсцесів та флегмон);

2) видалення інфікованого судинного катетера (венозного периферійного/центрального чи артеріального), уретрального катетера, шунта, дренажа, імпланту (ендопротез суглобу, ортопедична конструкція, серцеві клапани, кардіовертер-дефібрилятор, електроди, косметичні імпланти, венозні порти тощо);

3) активна аспірація та санація осередку інфекційної хвороби бактеріальної етіології.

Подовження антибіотикотерапії в якості заміни хірургічного контролю осередку інфекційної хвороби заборонено, за виключенням випадків, передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

27. Внутрішньом'язове введення дозволено використовувати лише у таких випадках:

1) інструкція для медичного застосування лікарського засобу передбачає виключно внутрішньом'язовий шлях введення АЛЗ.

2) внутрішньом'язове введення АЛЗ передбачено галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

28. Внутрішньовенне введення АЛЗ пацієнтам повинно бути призначено у таких випадках:

1) тяжкий загальний стан пацієнта, що обумовлений порушенням свідомості, нестабільною гемодинамікою та/або дихальною недостатністю (сепсис/септичний шок, бактеріємія, фунгемія, остеомієліт, бактеріальний ендокардит, гнійний артрит, менінгіт, внутрішньочерепний абсцес, тяжка інфекційна хвороба м'яких тканин та внутрішніх органів, КАІК);

2) відсутність альтернативної ентеральної лікарської форми;

3) пацієнт отримує повне парентеральне харчування, не здатен ковтати або має блювання, що не піддається медикаментозній корекції, або існує високий ризик аспірації лікарських засобів/їжі/води/шлункового вмісту;

4) проведення постійної назогастральної аспірації або двічі отримано аспірат об'ємом >150 мл впродовж 24 год;

5) клінічні стани, що пов'язані зі зміною абсорбції діючої речовини лікарського засобу (активна шлунково-кишкова кровотеча (далі – ШКК), синдром мальабсорбції, стан після резекції проксимального відділу ШКТ, синдром короткої кишки, муковісцидоз (кістозний фіброз), некротизуючий ентероколіт у новонароджених, запальні захворювання проксимального відділу тонкої кишки, обструкція ШКТ, гастропарез та інші);

6) відмова пацієнта приймати лікарські засоби перорально, що оформлена документально.

29. Пацієнт, який отримує АЛЗ у вигляді парентеральних лікарських форм (внутрішньовенно/внутрішньокістково), переводиться на ентеральне введення АЛЗ (ступінчаста антибіотикотерапія) щойно це стане можливим клінічно та з урахуванням таких критеріїв:

- 1) інфекційна хвороба вимагає продовження антибіотикотерапії;
- 2) наявна доступна лікарська форма АЛЗ для перорального застосування;
- 3) афебрильна температура тіла пацієнта ($36,0^{\circ}\text{C} > t \leq 37,5^{\circ}\text{C}$) зберігається впродовж 24-48 год без застосування антипіретиків;
- 4) стабільний загальний клінічний стан пацієнта: в свідомості, гемодинаміка стабільна, дихальна недостатність відсутня;
- 5) лабораторні маркери запалення повернулися до нормальних величин або зменшилися на $>50\%$;
- 6) пацієнт здатен ковтати та/або пацієнт отримує повне (100%) або часткове ($\geq 50\%$) ентеральне харчування;
- 7) пацієнт виявляє прихильність до запропонованого підходу лікування.

30. Пероральне введення АЛЗ має такі переваги:

- 1) зниження ризику розвитку КАІК у пацієнта;
- 2) зниження ризику розвитку ускладнень, що пов'язані з інфузією у пацієнта (тромбофлебіт та інші);
- 3) зниження вартості лікування пацієнта;
- 4) вищий рівень прихильності пацієнтів до лікування;
- 5) зниження ризику травмування та/або інфікування медичних працівників, що пов'язано з виконанням ін'єкцій;
- 6) зменшення тривалості госпіталізації пацієнтів.

31. Для переходу з парентерального на пероральний прийом, обраний АЛЗ повинен відповідати таким критеріям:

- 1) МНН (основна діюча речовина) відповідає (ідентична) або належить до того самого класу, що й парентеральний АЛЗ;
- 2) спектр протимікробної активності відповідає парентеральному АЛЗ або мікробіологічне дослідження підтвердило чутливість визначеного збудника до МНН (основної діючої речовини) перорального АЛЗ;
- 3) пероральний АЛЗ має оптимальний фармакокінетичний профіль (дозволяє досягти бактерицидної тканинної концентрації АЛЗ в місці локалізації інфекційного запального процесу).

Схема переведення пацієнта з парентеральної (внутрішньовенної) на ентеральну лікарську форму АЛЗ наведена у додатку 6 до цього Стандарту.

32. Оцінку ефективності антибіотикотерапії та рішення щодо її припинення приймається лікарем на основі комплексу клінічних та лабораторних показників.

Припинення антибіотикотерапії потрібно розглянути після досягнення пацієнтом таких критеріїв:

- 1) зниження температури тіла ($\leq 37,5^{\circ}\text{C}$) впродовж 24-48 год без використання антипіретиків;
- 2) зникнення та/або значне ослаблення проявів основних клінічних симптомів/синдромів інфекційної хвороби;
- 3) тенденція до нормалізації або нормалізація основних лабораторних показників (зниження лейкоцитозу, нейтрофілозу, зменшення зсуву лейкоцитарної формули до юних форм, нормалізація або зниження більш ніж на 80% рівня прокальцитоніну);
- 4) ерадикація бактерії з крові/інших стерильних локусів або зменшення їх кількості в нестерильному локусі (наприклад, аспірат з трахеї, матеріал з рани, сечі);
- 5) відсутність ознак поліорганної недостатності, що пов'язана із інфекційною хворобою.

III. Заходи, спрямовані на зменшення нерационального використання АЛЗ

1. У ЗОЗ у стаціонарних умовах запаси АЛЗ слід зберігати виключно на території складського приміщення аптеки, що є невід'ємним структурним підрозділом цих ЗОЗ. На території терапевтичних та хірургічних відділень ЗОЗ дозволено зберігати лише таку кількість АЛЗ, що буде використана (введена пацієнтам) впродовж 24 годин після надходження. На території відділення анестезіології та інтенсивної терапії (далі - ВАІТ) дозволено зберігати запас АЛЗ, об'єм якого дорівнює передбачуваній потребі впродовж 48 год із врахуванням наступного:

- 1) кількості ліжок (далі - КЛ) у ВАІТ;
- 2) переліку АЛЗ, що включені до групи доступу (А) та використовуються у ВАІТ, відповідно до переліку, наведеного у додатку 5 до цього Стандарту;
- 3) переліку АЛЗ, що включені до групи спостереження (В) та використовуються у ВАІТ;
- 4) переліку АЛЗ, що включені до групи резерву (С) та використовуються у ВАІТ;
- 5) окремо для кожної МНН, відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, встановлюється кількість одиниць лікарської форми, що необхідна для лікування одного пацієнта у ВАІТ впродовж 48 год (ОЛФ1);
- 6) окремо для кожної МНН, розраховується загальна кількість одиниць лікарської форми (ОЛФзаг) за умови, що зайняті всі ліжка у ВАІТ, за формулою:

$$\text{ОЛФзаг} = \text{ОЛФ1} \times \text{КЛ.}$$

2. У ЗОЗ у стаціонарних умовах для отримання АЛЗ лікар заповнює, а сестра медична старша клінічного підрозділу надсилає до аптеки бланк замовлення довільної форми на отримання АЛЗ із зазначенням наступного:

- 1) номер медичної карти стаціонарного пацієнта;
- 2) причина призначення АЛЗ (інфекційна хвороба/синдром);
- 3) діюча речовина АЛЗ (МНН);
- 4) доза або концентрація в одиниці лікарської форми (г, мг, мг/мл, МО, ОД);
- 5) лікарська форма (таблетки, капсули, флакони, ампули, небули);
- 6) кількість одиниць лікарської форми;
- 7) шлях введення;
- 8) передбачувана тривалість лікування (години/дні);
- 9) дата наступного перегляду призначення АЛЗ.

Примірний бланк замовлень на отримання АЛЗ та інструкцію до його заповнення наведено у додатку 7 до цього Стандарту.

3. У ЗОЗ у стаціонарних умовах бланк замовлень на отримання АЛЗ розглядаються фармацевтом аптечного підрозділу та, у разі потреби проведення проспективний аудит із зворотним зв'язком та/або здійснення процедури преавторизації клінічним фармацевтом ВІК. Порядок відпуску АЛЗ з аптеки ЗОЗ такий:

1) АЛЗ, що включені до групи доступу (А) відпускаються фармацевтом аптечного підрозділу ЗОЗ відповідно до СОП з адміністрування призначення АЛЗ (перелік АЛЗ групи доступу (А) наведений у додатку 5 до цього Стандарту);

2) АЛЗ, що включені до групи спостереження (В) відпускаються фармацевтом аптечного підрозділу ЗОЗ відповідно до СОП з адміністрування призначення АЛЗ і потребує проспективного аудиту із зворотним зв'язком (перелік АЛЗ групи спостереження наведений у додатку 5 до цього Стандарту);

3) АЛЗ, що включені до групи резерву (С) відпускаються фармацевтом аптечного підрозділу ЗОЗ відповідно до СОП з адміністрування призначення АЛЗ після проходження процедури преавторизації АЛЗ групи резерву відповідно до Інструкції. Призначення АЛЗ, що включені до групи резерву (С) потребує проведення фармацевтом клінічним ВІК проспективного аудиту із зворотним зв'язком.

4. При надходженні бланку замовлення на отримання АЛЗ, фармацевт виконує процедури, визначені пунктом 3 розділу III Стандарту, та вносить відмітки (у паперовій або електронній формі) щодо окремих призначень з групи ризику недотримання коректності призначень для подальшого обов'язкового опрацювання клінічним фармацевтом у робочому/нагальному порядку з метою проведення проспективного аудиту із зворотним зв'язком.

5. У ЗОЗ/ФОП у амбулаторних умовах призначення АЛЗ для системного застосування (АТС J01), що відносяться до групи резерву відповідно до додатку 5 цього Стандарту, з метою лікування та профілактики інфекційних хвороб

заборонено, окрім випадків, передбачених у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

6. У ЗОЗ/ФОП у амбулаторних умовах лікар може застосувати очікувальну тактику та призначити АЛЗ відстрочено, шляхом заповнення рецептурного бланку № 1 (ф-1) «відстрочений рецепт», який буде використано пацієнтом в разі потреби (появи/виникнення показань/симптомів/клінічних станів), у таких випадках:

1) пацієнт має інфекційну хворобу передбачувано вірусної етіології, що має самолімітуючий характер і не потребує антибіотикотерапії, але пацієнт має високий ризик розвитку вторинної бактеріальної ко-інфекції/суперінфекції;

2) пацієнт має інфекційну хворобу передбачувано бактеріальної етіології, що не потребує антибіотикотерапії, але пацієнт має високий ризик розвитку ускладнень;

3) пацієнт має інфекційну хворобу передбачувано бактеріальної етіології, що потребує етіотропної антибіотикотерапії (відповідно до даних чутливості збудника до АЛЗ), але на момент обстеження результати мікробіологічного дослідження відсутні;

4) лікар зрозумілою мовою та у доступний для пацієнта спосіб (його родичів/законних опікунів) пояснює суть інфекційної хвороби, необхідність призначення/уникнення антибіотикотерапії та клінічні ознаки ускладнень хвороби/приєднання вторинної бактеріальної ко-інфекції/суперінфекції, що потребують початку проведення антибіотикотерапії.

Лише у випадку настання визначених лікарем показань (наприклад, погіршення клінічного стану пацієнта, отримано результати мікробіологічних досліджень, якими підтверджено бактеріальну етіологію хвороби), пацієнт звертається до аптечного закладу, отримує призначений АЛЗ і починає його прийом та повідомляє про це лікаря.

7. У ЗОЗ у стаціонарних умовах проспективний аудит із зворотним зв'язком (консультування) з метою оптимізації антибактеріальної терапії, здійснюється фармацевтом клінічним, лікарем-спеціалістом залученим до адміністрування АЛЗ:

1) за запитом лікуючого лікаря;

2) відповідно до затвердженого керівником ЗОЗ переліку визначених категорій пацієнтів, синдромів/клінічних станів пацієнтів;

3) за групою резерву (С) АЛЗ.

Проспективний аудит із зворотним зв'язком полягає в оцінці призначення антибактеріальної терапії до/на початку/протягом лікування пацієнта, шляхом ознайомлення із анамнезом, з наступним погодженням/змінюю призначення. Для проведення проспективного аудиту лікар надає відповідні дані (результати лабораторних та інструментальних методів дослідження), які обґрунтовують медикаментозну терапію.

Рекомендації, що надаються процесі проведення проспективного аудиту, обґрунтовуються і записуються у медичну карту.

Проспективний аудит проводиться з метою контролю модифікації антибіотикотерапії (наприклад, комбінування АЛЗ, тривалість антибіотикотерапії, запобігання несприятливих лікарських взаємодій, деескалація/ескалація/оптимізація дозування АЛЗ, зміна лікарської форми АЛЗ) і навчання лікарів раціональному використанню АЛЗ.

8. У ЗОЗ у стаціонарних умовах ретроспективний аудит призначень АЛЗ здійснюється з метою визначення ступеня дотримання вимог до раціональної антибіотикотерапії шляхом проведення вибіркової перевірки медичних карт відповідно до Інструкції.

9. Лікарю необхідно проводити первинну оцінку ефективності антибіотикотерапії та доцільність її продовження кожні 48-72 годин після початку введення АЛЗ, із врахуванням:

- 1) динаміки проявів синдрому системної запальної відповіді (за необхідності, із лабораторним визначенням рівня прокальцитоніну);
- 2) загального клінічного стану пацієнта;
- 3) даних щодо чутливості до АЛЗ.

Одразу після початку прийому АЛЗ пацієнтом (в межах перших 24 годин), оцінювати ефективність лікування не рекомендовано, оскільки максимальна бактерицидна дія розвивається, як правило, через 24-48 годин. Виключеннями є випадки швидко прогресуючого погіршення клінічного стану пацієнта (наприклад, порушення свідомості, нестабільність гемодинаміки, тяжка дихальна недостатність) або отримання результатів мікробіологічного дослідження, що вказують на потребу ранньої корекції антибіотикотерапії.

10. Лікарю слід проводити щоденний моніторинг ефективності лікування та оцінку можливості його припинення із використанням клінічних та/або лабораторних критеріїв припинення антибіотикотерапії.

11. Рекомендовано при проведенні лікування аміноглікозидами підозрюваних або підтверджених грамнегативних мікроорганізмів використовувати режим подовжених інтервалів між введеннями (1 введення кожні 24 годин) у високих (повна добова) дозах, окрім як для пацієнтів з порушення функції нирок, на гемодіалізі та з обширними опіками.

12. Потрібно враховувати потенційну небажану взаємодію, несумісність АЛЗ з іншими АЛЗ та лікарськими засобами при одночасному призначенні та введенні, відповідно до інструкції до медичного застосування та Державного формуляра лікарських засобів. Оскільки аміноглікозиди можуть інактивувати пеніциліни або цефалоспорини при одночасному введенні, аміноглікозиди вводяться першими, впродовж 3-5 хвилин через окремі периферичні канюлі або окремі просвіти центрального венозного катетера. Якщо неможливо - добре промити лінію перед і після введення кожного ПЛЗ.

13. Лікарю при первинному призначенні пацієнтові парентерального введення АЛЗ рекомендовано передбачити можливість ступінчатої антибіотикотерапії (наприклад, обрати АЛЗ, який має лікарські форми для парентерального та перорального прийому).

14. У ЗОЗ у стаціонарних умовах до переліку визначених категорій пацієнтів, синдромів/клінічних станів пацієнтів щодо яких лікар звертається для проведення проспективного аудиту із зворотним зв'язком рекомендовано включити (за потреби, перелік може бути розширено рішенням керівництва ЗОЗ):

1) відсутність результатів мікробіологічного дослідження зразків біологічних матеріалів через 72 години після початку введення АЛЗ із широким спектром дії;

2) неефективність антибіотикотерапії першої лінії (емпіричної або після отримання результатів мікробіологічного дослідження);

3) проведення антибіотикотерапії понад термін, який встановлено для інфекційної хвороби, відповідно до затверджених в ЗОЗ протоколів/алгоритмів лікування;

4) тривалість парентерального введення АЛЗ перевищує 7 діб;

5) призначення АЛЗ з групи резерву (С);

6) призначення АЛЗ з метою лікування тяжких інфекційних хвороб (сепсис/септичний шок, інфекційний ендокардит, остеомієліт, менінгіт, інфекційні хвороби, що призвели до розвитку поліорганної недостатності);

7) виявлення у пацієнта бактерій з МПМР з групи ESKAPE;

8) розвиток тяжких побічних реакцій після введення АЛЗ (наприклад, органна токсичність, алергічні та псевдоалергічні реакції, інфекційна хвороба викликана *Clostridium difficile*);

9) призначення антибіотикотерапії пацієнтам з нирковою/печінковою недостатністю, ожирінням, кахексією, вагітним;

10) наявність ризику несприятливої взаємодії АЛЗ з іншими призначеними лікарськими засобами.

15. Призначення АЛЗ із групи резерву (С), окрім випадків застосування, прямо передбачених у додатку 4 до цього Стандарту, відповідно додатку 5 до цього Стандарту здійснюється виключно шляхом проведення преавторизації відповідно до Інструкції.

16. У випадку відсутності фармацевта клінічного ВІК (відсутність/неробочий час) і зважаючи на наявність у пацієнта загрозливого для життя клінічного стану (наприклад, сепсис/септичний шок, що супроводжуються порушенням свідомості, нестабільністю гемодинаміки та дихальною недостатністю) призначення АЛЗ з групи резерву (С) у ВАІТ здійснюється рішенням консилиуму лікарів із узгодженням із профільним заступником керівника ЗОЗ.

Про призначення АЛЗ групи резерву (С) фармацевт клінічний ВІК повідомляється впродовж перших 24 годин після повернення на робоче місце з наступним обов'язковим проведенням проспективного аудиту із зворотним зв'язком на основі якого приймається рішення про продовження/перегляд/відміну АЛЗ із групи резерву (С).

Алгоритм дій для таких випадків зазначається у СОП з преавторизації призначення АЛЗ групи резерву.

17. Рекомендовані заходи, що спрямовані на обмеження використання окремих класів АЛЗ у ЗОЗ у стаціонарних умовах наведені у додатку 8.

IV. Обґрунтування призначення антифунгальної терапії

1. Терапію антифунгальними (протигрибковими – АТС J02) лікарськими засобами для системного застосування слід призначати виключно за наявності у пацієнта лабораторно підтвердженої/обґрунтовано підозрюваної грибової інфекції (мікозу).

2. Керівник ЗОЗ у стаціонарних умовах забезпечує цілодобову можливість для збору зразків біологічного матеріалу, надсилання до мікробіологічної лабораторії та отримання результатів мікробіологічних досліджень. Для прийняття рішення щодо доцільності початку емпіричної антифунгальної терапії використовуються методи пришивдшеної ідентифікації збудника інфекційної хвороби.

3. Виявлення у пацієнта без ознак інфекційного запалення штамів грибів-коменсалів (за результатами мікробіологічного дослідження) не є показанням для призначення антифунгальних лікарських засобів (використання антифунгальних лікарських засобів з метою лікування пацієнта заборонено), за виключенням визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я грибів, що підлягають обов'язковій ерадикації.

Персистенція грибів в кількості (10^2 - 10^3 КУО/мл) в нестерильному локусі або виділення із нестерильного локусу нового штаму грибів без клінічних симптомів інфекційної хвороби у пацієнта не може слугувати обґрунтуванням для початку, продовження або корекції антифунгальної терапії. Виділення мікроорганізмів зі стерильного локусу за відсутності клінічних симптомів інфекційної хвороби у пацієнта може свідчити про контамінацію зразка біологічного матеріалу та потребує додаткового проведення мікробіологічних досліджень.

Виділення *Candida spp.* та/або інших збудників інвазивних мікозів із стерильних локусів (наприклад, кров, ліквор, біоптат) є показанням для обов'язкового призначення системних антифунгальних лікарських засобів (антифунгальна терапія ехінокандинами або азолами). Азоли слід призначати виключно при стабільному стані пацієнта та наявності мікробіологічно підтвердженого інфікування *Candida albicans*.

4. Мікробіологічне виділення із зразків біологічних матеріалів штамів грибів, які здатні викликати інвазивний мікоз, призначається або коригується попередньо призначена антифунгальна терапія впродовж перших 12 годин після отримання результатів дослідження, відповідно до встановленої чутливості до антифунгальних лікарських засобів.

5. Призначення антифунгальної терапії проводиться індивідуалізовано із врахуванням особливостей фармакокінетики лікарського засобу для кожного пацієнта окремо. Шлях введення антифунгальних лікарських засобів слід обирати таким чином аби досягти фунгіцидних концентрацій антифунгального засобу в тканинах ділянки осередка грибкової інфекції.

6. Обґрунтування призначення антифунгальної терапії повинно містити:

1) встановлений або з високою ймовірністю підозрюваний діагноз інфекційної хвороби, спричиненої грибами, та критерії, які враховувались для призначення антифунгальної терапії;

2) назва антифунгального лікарського засобу зазначається у формі МНН;

3) доза, лікарська форма, кратність та шлях введення антифунгального лікарського засобу;

4) тривалість антифунгальної терапії;

5) дата наступного перегляду та/або припинення призначеної антифунгальної терапії (через 48-72 год).

7. Призначення антифунгальних лікарських засобів здійснюється лікарем з врахуванням епідеміологічних даних, чинників ризику та даних мікробіологічних досліджень.

8. До чинників ризику розвитку інвазивного кандидозу у пацієнта (не є показанням до призначення антифунгальної, в тому числі профілактичної, терапії) відносяться:

1) попереднє виявлення грибкової колонізації;

2) призначення АЛЗ широкого спектру дії;

3) наявність внутрішньосудинних девайсів/пристроїв (наприклад, катетери, датчики, порти);

4) парентеральне харчування;

5) проведення гемодіалізу;

6) хронічна хвороба нирок IV-V стадії (ШКФ <30 мл/хв);

7) цукровий діабет в стадії декомпенсації;

8) панкреонекроз;

9) проведення абдомінальних хірургічних втручань;

10) нейтропенія;

11) трансплантація органів;

12) імунодефіцит та проведення імуносупресивної терапії;

- 13) онкологічні хвороби, клінічний перебіг яких супроводжується імуносупресією;
- 14) проведення променевої терапії;
- 15) опікова хвороба;
- 16) трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин.

9. Профілактичне призначення антифунгальних лікарських засобів пацієнтам, які отримують антибіотикотерапію, за відсутності чинників ризику розвитку інвазивного кандидозу заборонено.

10. У ЗОЗ у стаціонарних умовах під час застосування антифунгальних засобів проводиться щоденна оцінка стану пацієнта з метою визначення клінічної ефективності лікування, реєстрації можливих побічних реакцій та визначення оптимальної тривалості лікування.

11. При встановленні альтернативного діагнозу або виключенні діагнозу мікозу необхідно припинити прийом антифунгального лікарського засобу.

12. У ЗОЗ у стаціонарних умовах антифунгальну терапію слід проводити одночасно із проведенням хірургічного контролю джерела грибової інфекції (за необхідності):

- 1) хірургічне розкриття та дренування вогнища грибової інфекції;
- 2) видалення інфікованого судинного катетера (венозного периферійного/центрального, артеріального), уретрального катетера, шунта, дренажа, імпланту (наприклад, ендопротез суглобу, ортопедична конструкція, серцеві клапани, кардіовертер-дефібрилятор, електродів, косметичних імплантів, венозного порта);
- 3) аспірація та санація вогнища грибової інфекції.

13. З метою профілактики інвазивного мікозу не рекомендовано використовувати полієнові антифунгальні лікарські засоби, що не адсорбуються в ШКТ (наприклад, ністатин і натаміцин), флуконазол в добовій дозі менше 400 мг.

14. Лікарю при первинному призначенні пацієнту парентерально антифунгального лікарського засобу рекомендовано передбачити можливість деескалації антифунгальної терапії (наприклад, обрати антифунгальний лікарський засіб, що має лікарські форми для парентерального та перорального прийому).

V. Загальні принципи раціонального призначення протівірусних лікарських засобів

1. Лікування протівірусними (АТС J05) лікарськими засобами для системного застосування (далі – протівірусна терапія) слід розпочинати для ідентифікованого/обґрунтовано підозрюваного вірусного інфекційного агента.

2. Для прийняття рішення щодо доцільності початку протівірусної терапії необхідно використовувати методи пришвидшеної ідентифікації збудника інфекційної хвороби, а також враховувати лабораторні, клініко-діагностичні критерії інфекційної хвороби вірусної етіології.

3. Призначення протівірусних лікарських засобів для системного застосування (АТС J05) з метою лікування інфекційних хвороб, викликаних бактеріальними грибами або паразитами, заборонено, якщо такі показання не передбачені інструкцією для медичного застосування лікарського засобу або галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

4. У ЗОЗ/ФОП вибір та призначення протівірусних лікарських засобів здійснюється лікарем відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

5. Призначення протівірусних лікарських засобів для системного застосування (АТС J05) з метою профілактики інфекційних хвороб заборонено у випадку відсутності показань до профілактичного використання протівірусного лікарського засобу в інструкції для медичного застосування лікарського засобу або у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

6. У ЗОЗ/ФОП кожне призначення протівірусних лікарських засобів повино бути письмово обґрунтовано у відповідній формі первинної облікової документації.

7. За потреби системного лікування інфекційної хвороби вірусної етіології потрібно надавати перевагу пероральним протівірусним лікарським засобам, окрім випадків, передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

8. Оцінка ефективності протівірусної терапії проводиться лікарем через 72 години після її початку на основі клінічних та, за потреби, лабораторних показників.

9. Призначення протівірусних лікарських засобів неспецифічної дії для лікування інфекційних хвороб, спричинених вірусами, заборонено, окрім випадків, передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

VI. Загальні принципи раціонального призначення протипаразитарних лікарських засобів

1. Лікування протипаразитарними лікарськими засобами (АТС Р01-03) засобами для системного застосування (далі – протипаразитарна терапія) слід розпочинати для ідентифікованого/обґрунтовано підозрюваного паразитного збудника.

2. Для прийняття рішення щодо доцільності початку протипаразитарної терапії потрібно використовувати методи пришвидженої ідентифікації збудника паразитарної хвороби.

3. Призначення протипаразитарних лікарських засобів для системного застосування (АТС Р01-03) з метою лікування інфекційних хвороб, викликаних вірусами, бактеріями, грибами, заборонено, якщо такі показання не передбачені інструкцією для медичного застосування лікарського засобу або галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

4. Призначення протипаразитарних лікарських засобів для системного застосування (АТС Р01-03) з метою профілактики паразитарних інвазій заборонено за відсутності показань до профілактичного використання протипаразитарного лікарського засобу в інструкції для медичного застосування лікарського засобу або у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

5. У ЗОЗ/ФОП кожне призначення протипаразитарних лікарських засобів повинно бути письмово обґрунтовано у відповідній формі первинної облікової документації.

6. У ЗОЗ/ФОП вибір та призначення протипаразитарних лікарських засобів здійснюється лікарем відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

7. Призначення антипаразитарних лікарських засобів з профілактичною метою для пацієнтів заборонено, окрім випадків, визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

8. При призначенні лікарських протипаразитарних засобів для пацієнтів зі збереженою репродуктивною функцією лікар повинен зібрати репродуктивний анамнез: можлива вагітність (за потреби призначити тест на вагітність), плани щодо вагітності або застосування допоміжних репродуктивних технологій. Деякі протипаразитарні лікарські засоби (наприклад, альбендазол) заборонено призначати при вагітності або плануванні вагітності.

З метою профілактики малярії для подорожуючих при вагітності або плануванні вагітності призначаються протималярійні засоби в індивідуальному порядку з урахуванням протипоказань.

VII. Контроль за побічними реакціями

1. Побічні реакції, що характерні для ПЛЗ (профіль безпеки), клінічна ефективність, а також активність по відношенню до мікроорганізмів складають перелік ключових чинників, що впливають на вибір раціональної протимікробної терапії. Примірна оцінка профілю безпеки ПЛЗ наведена в додатку 9 до цього Стандарту.

2. Лікар проводить виявлення ознак побічної реакції на введення ПЛЗ відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

3. Реєстрація та звіт щодо побічних реакцій при використанні ПЛЗ проводяться відповідно до Порядку здійснення фармаконагляду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340. Автоматизована інформаційна система з фармаконагляду доступна за посиланням: <https://aisf.dec.gov.ua>).

4. За наявності в анамнезі пацієнта підтвердженої тяжкої реакції гіперчутливості на введення ПЛЗ (або підозри на наявність причинно-наслідкового зв'язку між розвитком тяжкої реакції гіперчутливості та введенням ПЛЗ), лікар:

1) вносить відомості про минулу (підозрювану) тяжку реакцію гіперчутливості до відповідної форми первинної облікової документації. Відомості повинні містити вичерпну інформацію про минулу (підозрювану) тяжку реакцію гіперчутливості, а саме: МНН та торгова назва ПЛЗ, дозування та шлях введення, опис минулої (підозрюваної) тяжкої реакції гіперчутливості, мета призначення ПЛЗ; дата, час та тривалість минулої (підозрюваної) тяжкої реакції гіперчутливості, кількість введених доз перед початком минулої (підозрюваної) тяжкої реакції гіперчутливості, дані щодо потреби у госпіталізації, джерело інформації щодо минулої (підозрюваної) тяжкої реакції гіперчутливості;

2) попереджає про минулу (підозрювану) тяжку реакцію гіперчутливості медичних працівників, які залучені до призначення/введення ПЛЗ пацієнту;

3) надає рекомендації пацієнту, його родичам/законним опікунам щодо доцільності проведення подальшого обстеження та консультації лікаря-імунолога/лікаря-алерголога та/або специфічної десенситизації та/або уникнення введення підозрюваного ПЛЗ (в першу чергу, β -лактамних АЛЗ) в майбутньому;

4) розглядає доцільність призначення альтернативного ПЛЗ з іншого класу.

5. До тяжких реакцій гіперчутливості на введення β -лактамного АЛЗ відносяться:

- 1) синдром Стівенса-Джонсона;
- 2) синдром Ласлла (токсичний епідермальний синдром);
- 3) сироваткова хвороба;
- 4) гострий інтерстиційний нефрит;

5) гемолітична анемія;

6) DRESS-синдром (шкірний висип, еозинофілія та системні прояви, що пов'язані з прийомом лікарського засобу).

6. За наявності в анамнезі пацієнта тяжкої реакції гіперчутливості негайного типу (IgE-опосередкованої: поширеної кропив'янки, ангіоневротичного набряку, ларингоспазму, бронхоспазму, гіпотензії, колапсу або анафілаксії) на введення бензилпеніциліну, потрібно уникати призначення пеніцилінів/цефалоспоринів та розглянути доцільність призначення не β -лактамних АЛЗ або азтреонаму, або карбапенемів.

7. За наявності в анамнезі пацієнта реакції гіперчутливості негайного типу середньої тяжкості (IgE-опосередкованої: непоширеної кропив'янки або іншого висипу без системних проявів) на введення бензилпеніциліну, потрібно уникати призначення пеніцилінів та розглянути доцільність призначення цефалоспоринів або карбапенемів, або азтреонаму. Необхідно уникати призначення цефалексину пацієнтам з відомою алергією на амоксицилін або ампіцилін.

8. За наявності в анамнезі пацієнта тяжкої реакції гіперчутливості сповільненого типу (Т-лімфоцит-опосередкованої: тяжкі шкірні прояви або прояви інтерстиційного нефриту) на введення бензилпеніциліну, потрібно уникати призначення пеніцилінів/цефалоспоринів і розглянути доцільність призначення не β -лактамних АЛЗ або азтреонаму, або карбапенемів. Необхідно уникати призначення проведення специфічної десенсиטיзації та внутрішньошкірних проб (прик-тест).

9. За наявності в анамнезі пацієнта реакції гіперчутливості сповільненого типу середньої тяжкості (Т-лімфоцит-опосередкованої: макуло-папулярний висип без системних проявів та залучення внутрішніх органів) на введення бензилпеніциліну, потрібно уникати призначення пеніцилінів та розглянути доцільність призначення цефалоспоринів або азтреонаму, або карбапенемів.

10. За наявності в анамнезі пацієнта імуноопосередкованої реакції гіперчутливості на введення пеніцилінів/цефалоспоринів (крім цефтазидиму), слід уникати призначення всіх β -лактамних АЛЗ та розглянути доцільність призначення азтреонаму (з урахуванням чутливості до АЛЗ очікуваного/підтвердженого збудника інфекційної хвороби).

11. За наявності в анамнезі пацієнта даних щодо реакції гіперчутливості на азтреонам або цефтазидим, вводити їх пацієнту не рекомендовано, внаслідок ризику розвитку перехресної реакції гіперчутливості.

12. За наявності в анамнезі пацієнта неімуноопосередкованої реакції гіперчутливості на введення пеніцилінів призначення інших β -лактамних АЛЗ є безпечним, зважаючи на низьку (< 2%) перехресну реактивність.

13. Пацієнти, які в минулому не мали жодних проявів гіперчутливості на введення β -лактамних АЛЗ або мали легкі прояви гіперчутливості, а саме шкірний висип без системних проявів, не потребують проведення діагностичного внутрішньошкірного введення АЛЗ (шкірний прик-тест).

14. Пацієнтам, які в минулому на введення β -лактамних АЛЗ мали тяжкі прояви гіперчутливості, а саме DRESS-синдром, синдром Стівенса-Джонсона, синдром Лаелла (токсичний епідермальний синдром) проведення діагностичного внутрішньошкірного введення АЛЗ (шкірний прик-тест) заборонено.

VIII. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1) відсоток пацієнтів, яким призначено антибактеріальні лікарські засоби групи доступу;

2) відсоток пацієнтів, яким призначено антибактеріальні лікарські засоби групи спостереження;

3) відсоток пацієнтів, яким призначено антибактеріальні лікарські засоби групи резерву;

4) відсоток пацієнтів, яким антибактеріальні лікарські засоби призначено після забору зразку біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Відсоток пацієнтів, яким призначено АЛЗ групи доступу.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує раціональність використання АЛЗ у ЗОЗ. Лікарям потрібно надавати перевагу призначенням АЛЗ групи доступу, як АЛЗ з меншим потенціалом до поширення ПМР, менш коштовних та з вузьким спектром дії.

Бажаний рівень значення індикатора:

більше 60% для ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну в амбулаторних умовах;

більше 50% для ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну у стаціонарних умовах.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що повинен обчислювати індикатор: центр контролю та профілактики хвороб МОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Дані надаються ЗОЗ працівникам центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Шляхи обміну даними: відповідні форми первинної облікової документації опрацьовуються працівниками центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ

України відповідної адміністративно-територіальної одиниці при особистому візиті до ЗОЗ.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Індикатор обчислюється працівниками центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці при особистому візиті до ЗОЗ. Аналізуються 100 медичних/амбулаторних карт з призначенням АЛЗ пацієнтам, причому у вибірці мають бути представлені медичні/амбулаторні карти з усіх структурних підрозділів).

Знаменник індикатора складає загальну кількість призначен АЛЗ у вибірці зі 100 медичних карт.

Чисельник індикатора складає: загальна кількість призначень АЛЗ, що відносяться до групи доступу, перелік яких наведено в додатку 5 до цього Стандарту.

Джерелом інформації є: форма № 003/о, форма № 025/о; форма № 096/о; форма № 111/о; або Реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Валідація даних проводиться працівниками державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

2) Відсоток пацієнтів, яким призначено АЛЗ групи спостереження.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує раціональність використання АЛЗ у ЗОЗ. Необхідно надавати перевагу призначенням АЛЗ групи доступу, як АЛЗ з меншим потенціалом до поширення АМР, менш коштовних та вузьким спектром дії. АЛЗ групи спостереження використовують при неефективності або неможливості використовувати АЛЗ групи доступу.

Бажаний рівень значення індикатора:

менше 40% для ЗОЗ в амбулаторних умовах;

менше 50% для ЗОЗ у стаціонарних умовах.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що повинен обчислювати індикатор: центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Дані надаються ЗОЗ працівникам центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Шляхи обміну даними: відповідні форми первинної облікової документації опрацьовуються працівниками центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України при особистому візиті до ЗОЗ.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Індикатор обчислюється працівниками центрів контролю та

профілактики МОЗ України при особистому візиті до ЗОЗ. Аналізуються 100 медичних/амбулаторних карт з призначенням АЛЗ пацієнтам, причому у вибірці мають бути представлені медичні/вмбулаторні карти з усіх структурних підрозділів.

Знаменник індикатора складає загальну кількість призначень АЛЗ у вибірці зі 100 медичних карт.

Чисельник індикатора складає: загальна кількість призначень АЛЗ, що відносяться до групи спостереження, перелік яких наведено в додатку 5 до цього Стандарту.

Джерелом інформації є: форма № 003/о, форма № 025/о; форма № 096/о; форма № 111/о; або Реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Валідація даних проводиться працівниками державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

3) Відсоток пацієнтів, яким призначено АЛЗ групи резерву.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує раціональність використання АЛЗ у ЗОЗ. Необхідно надавати перевагу призначенням АЛЗ групи доступу, як АЛЗ з меншим потенціалом до поширення АМР, менш коштовних та вузьким спектром дії. АЛЗ групи резерву використовують при неефективності АЛЗ групи доступу та спостереження.

Бажаний рівень значення індикатора:

0% для ЗОЗ в амбулаторних умовах;

менше 2% для ЗОЗ у стаціонарних умовах.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що повинен обчислювати індикатор: центр контролю та профілактики хвороб МОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Дані надаються ЗОЗ працівникам центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Індикатор обчислюється працівниками центрів контролю та профілактики МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці при особистому візиті до ЗОЗ. Аналізуються 100 медичних/амбулаторних карт з призначенням АЛЗ пацієнтам, причому у вибірці повинні бути представлені медичні/вмбулаторні карти з усіх структурних підрозділів.

Знаменник індикатора складає загальну кількість призначень АЛЗ у вибірці зі 100 медичних карт.

Чисельник індикатора складає: загальна кількість призначень АЛЗ, які відносяться до групи резерву, перелік яких наведено в додатку 5 до цього Стандарту.

Джерелом інформації є форма № 003/о, форма № 025/о; форма № 096/о; форма № 111/о; або Реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Валідація даних проводиться працівниками державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

4) Відсоток пацієнтів, яким АЛЗ призначено після забору зразку біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в ЗОЗ. В таких ЗОЗ у всіх випадках призначення емпіричної антибіотикотерапії потрібно отримати зразок біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження з метою ідентифікації збудника інфекційної хвороби до введення АЛЗ пацієнту.

Бажаний рівень значення індикатора:

50% і більше для ЗОЗ в амбулаторних умовах;

100% для ЗОЗ у стаціонарних умовах.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що повинен обчислювати індикатор: центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Дані надаються ЗОЗ працівникам центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Шляхи обміну даними: медичні/амбулаторні карти опрацьовуються працівниками центрів контролю та профілактики МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці при особистому візиті до ЗОЗ.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Індикатор обчислюється працівниками центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці при особистому візиті до ЗОЗ. Аналізуються 100 медичних/амбулаторних карт з призначенням АЛЗ пацієнтам, причому у вибірці мають бути представлені медичні/амбулаторні карти з усіх структурних підрозділів.

Знаменник індикатора складає загальну кількість призначень АЛЗ у вибірці зі 100 медичних карт.

Чисельник індикатора складає: загальна кількість зразків біологічного матеріалу відібраних на бактеріологічне дослідження до або на дату призначення АЛЗ, при дотриманні вимоги, що місце забору зразку біологічного матеріалу відповідає локалізації інфекційного процесу.

Джерелом інформації є результати бактеріологічних досліджень у відповідних формах первинної облікової документації.

Зі знаменника виключають випадки наявності призначення АЛЗ на момент госпіталізації у відділення або звернення до ЗОЗ в амбулаторних умовах

(відповідно). У випадку декількох відібраних зразків на бактеріальне дослідження слід враховувати лише перший.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Валідація даних проводиться працівниками державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

3. Узагальнення та оцінка індикаторів якості медичної допомоги

1. Визначення індикаторів якості медичної допомоги проводяться працівниками центрів контролю та профілактики МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці шляхом особистого візиту до ЗОЗ 1 раз на 2 роки, відповідно до Плану роботи центру контролю та профілактики хвороб МОЗ на поточний рік, що погоджений МОЗ України.

2. За підсумками особистого візиту до ЗОЗ працівники центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці заповнюють Форму моніторингу індикаторів якості медичної допомоги щодо раціонального застосування АЛЗ з лікувальною та профілактичною метою (далі – Форма), що наведена у додатку 10 до цього Стандарту.

3. З метою систематизації результатів моніторингу індикаторів якості медичної допомоги до 01 березня року, що слідує за моніторинговим, центри контролю та профілактики МОЗ України надсилають узагальнені дані Форм до державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Після узагальнення та аналізу даних державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» не пізніше 01 квітня року, що слідує за моніторинговим, подає звіт до МОЗ України.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року № 198 «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця».
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2004 року №205 «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19 липня 2005 року № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби, Порядку відпуску лікарських засобів з аптек та їхніх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 20 липня 2005 року за № 782/11062.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 586 «Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної

практики та надають медичну допомогу відповідного виду», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 р. за N 235/34518.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 квітня 2026 № 540 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Парентеральна періопераційна антибіотикопрофілактика»».

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 квітня 2021 року № 688 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий середній отит».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2021 року № 639 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тонзиліт».

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 жовтня 2023 року № 1793 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гострий риносинусит», Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний риносинусит».

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 серпня 2022 року № 1380 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Позалікарняні пневмонії у дітей».

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 вересня 2024 року № 1610 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 листопада 2024 року № 1869 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Опіки».

19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2024 року № 1054 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Профілактика та лікування інфекційних ускладнень у дорослих пацієнтів з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями».

20. The WHO AWaRe (access, watch, reserve) antibiotic book. World Health Organization. 2022.

**Директор
Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОПУЧАН

Додаток 1
до Стандарту «Раціональне застосування протимікробних лікарських засобів з лікувальною та профілактичною метою у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу»
(підпункт 1 пункту 7 розділу I)

Коригування дозування та режиму введення протимікробних лікарських засобів при порушеній/зміненій функції нирок (доповнення до інструкцій для медичного застосування)

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
Азитроміцин	<u>Дорослі та діти</u> немає потреби коригувати, але з обережністю використовувати при CrCl<10
Амікацин Рекомендовано виконувати ТЛМ Використовуйте скориговану масу тіла для розрахунку дозування пацієнтам із ожирінням (C=0,4)	<i>Виконання коригування дози та/або режиму введення відповідно до результатів ТЛМ дозволяють забезпечити вищий профіль безпеки.</i> Потрібна корекція режиму дозування: зменшення дози або збільшення інтервалів між введеннями без зміни разової дози. Добову дозу знижувати залежно від вмісту креатиніну у плазмі крові та маси тіла пацієнта. Інтервал між введеннями розраховувати шляхом множення значення рівня креатиніну у плазмі крові на 9; наприклад, якщо рівень креатиніну 2 мг/дл, стандартна разова доза (7,5 мг/кг) вводити через кожні 18 годин. Гемодіаліз: 7,5 мг/кг кожні 48 год та 3,75 мг/кг після кожного діалізу <i>Виконання коригування дози та/або режиму введення відповідно до результатів ТЛМ дозволяють забезпечити вищий профіль безпеки</i> Рекомендації щодо коригування дозування дітям без проведення ТЛМ відсутні
Амоксицилін	<u>Дорослі</u> <i>(При нормальній дозі 750 мг кожні 12 год або 500 мг кожні 8 год)</i> CrCl 10-30: 500 мг кожні 12 год CrCl <10: 500 мг кожні 24 год <i>(При нормальній дозі 1000 мг кожні 8 год)</i> CrCl 10-30: 1000 мг кожні 12 год CrCl <10: 500 мг кожні 12 годин Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; давати щодня, у дні діалізу застосовувати 500 мг після діалізу Перитонеальний діаліз: доза як для CrCl <10 <u>Діти</u> <i>(При нормальній дозі 20-30 мг/кг перорально кожні 8-12 год; 60 мг/кг кожні 8 годин)</i> Для дітей <40 кг CrCl 10-30: стандартна доза кожні 12 год CrCl <10: стандартна доза кожні 24 год Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; у дні діалізу ввести стандартну дозу після діалізу

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
Амоксицилін/клавуланова кислота	<u>Дорослі та діти >40 кг</u>
	(При нормальній дозі 875/125 мг перорально кожні 12 годин або 500/125 мг перорально кожні 8 годин) CrCl 10-30: 500/125 мг кожні 12 год CrCl <10: 500/125 мг кожні 24 год Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; давати щодня; у дні діалізу ввести 500/125 мг під час та відразу після діалізу Перитонеальний діаліз: 500/125 мг кожні 12 год
	(При нормальній дозі 1000/200 мг в/в кожні 8 год) Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; ввести 500/100 мг відразу після діалізу
	<u>Діти <40 кг</u>
	Лікарська форми амоксицилін/клавуланова кислота – 7:1 у вигляді оральної суспензії (доза по амоксициліну) (При нормальній дозі 25-45 мг/кг/добу кожні 12 год) Не рекомендується застосовувати, так як відсутні рекомендації з перегляду дозування для дітей <40 кг для лікарської форми амоксицилін/ клавуланова кислота – 7:1 у вигляді оральної суспензії
	Лікарська форма амоксицилін/ клавуланова кислота – 4:1 у вигляді оральної суспензії (При нормальній дозі 20-60 мг /кг/добу розділені на прийоми кожні 8 год) CrCl 10-30: 15 мг/3,75 мг/кг кожні 12 год (максимально 500 мг/125 мг 2 рази на добу) CrCl <10: 15 мг/3,75 мг/кг кожні 24 год (максимально 500 мг/125 мг) Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; давати щодня; у дні діалізу ввести 15 мг/3,75 мг/кг під час та відразу після діалізу
Ампіцилін	<u>Дорослі</u> (При нормальній дозі 2 г в/в кожні 4 год) CrCl 30-49: 2 г кожні 6 год CrCl 15-29: 2 г кожні 8 год CrCl <15: 2 г кожні 12 год
	(При нормальній дозі 0,5-2 г в/в кожні 6 год; 0,25-0,5 г перорально кожні 6 год) При підвищеному кліренсі креатиніну (CrCl >130), призначити дозування 2 г в/в кожні 4 год CrCl 30-50: стандартна індивідуальна доза кожні 8 год CrCl 15-29: стандартна індивідуальна доза кожні 12 год CrCl <15: стандартна індивідуальна доза кожні 24 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: доза як для CrCl <15; у дні діалізу ввести стандартну дозу після діалізу
	<u>Діти</u> (При нормальній дозі 25-50 мг/кг в/в кожні 6 год) CrCl 10-29: стандартна індивідуальна доза кожні 8-12 год CrCl <10: стандартна індивідуальна доза кожні 12 год Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; у дні діалізу ввести стандартну дозу після діалізу
Ампіцилін/сульбактам	<u>Дорослі</u> (При нормальній дозі 1 г /0,5 г-2 г /1 г в/в кожні 6 год) CrCl 5-14: стандартна індивідуальна доза кожні 24 год Гемодіаліз: стандартна індивідуальна доза кожні 12 годин; у дні діалізу дозу ввести після діалізу

Для лікування Acinetobacter, зокрема, з

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
МПМР використовується саме сульбактам	<u>Діти</u> <i>(При нормальній дозі 25-100 мг/кг в/в кожні 6 год; розрахунок по ампіциліну)</i> CrCl 15-29: стандартна індивідуальна доза кожні 12 год CrCl 5-14: стандартна індивідуальна доза кожні 24 год Гемодіаліз: стандартна індивідуальна доза кожні 12-24 годин; у дні діалізу дозу ввести після діалізу
Ацикловір Використовуйте скориговану масу тіла для розрахунку дозування пацієнтам із ожирінням (C=0,4)	<u>Дорослі</u> <i>(При нормальній дозі 200 мг перорально 5 разів на день; 400 мг перорально кожні 12 год)</i> CrCl 0-10: 200 мг кожні 12 год Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; введення щоденне; у дні діалізу ввести додаткову дозу після діалізу
	<i>(При нормальній дозі 800 мг перорально 5 разів на день)</i> CrCl 11-25: 800 мг кожні 8 год CrCl 0-10: 800 мг кожні 12 год Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; введення щоденне; у дні діалізу ввести додаткову дозу після діалізу
	<u>Діти</u> <i>(При нормальній дозі перорально 20 мг/кг кожні 6 год)</i> CrCl 10-25: стандартна індивідуальна доза кожні 8 год CrCl <10: стандартна індивідуальна доза кожні 12 год
	<u>Дорослі та діти >12 років</u> <i>(При нормальній дозі 10-40 мільйони ОД в/в розподілені на 4-6 введень)</i> Гемодіаліз: 1-2,5 мільйонів МО кожні 4-6 год, у дні діалізу ввести дозу після діалізу
Бензилпеніцилін	<u>Дорослі та діти >12 років</u> <i>(При нормальній дозі 10-40 мільйони ОД в/в розподілені на 4-6 введень)</i> Гемодіаліз: 1-2,5 мільйонів МО кожні 4-6 год, у дні діалізу ввести дозу після діалізу
Валацикловір	<u>Дорослі</u> <i>(При нормальній дозі 1-2 г кожні 8-12 год)</i> Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; давати щодня, у дні діалізу дозу ввести після діалізу
Валганцикловір	<u>Дорослі та діти >16 років</u> <i>(При нормальній профілактичній або підтримувальній дозі 900 мг перорально кожні 24 год)</i> CrCl 40-59: 450 мг перорально кожні 24 год CrCl 25-39: 450 мг перорально кожні 48 год CrCl 10-24: 450 мг перорально двічі на тиждень CrCl <10, гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: не рекомендується
Ванкоміцин перорально	немає потреби коригувати
Ганцикловір	<u>Дорослі та діти >12 років</u>
	<i>(При нормальній навантажувальній дозі 5 мг/кг в/в кожні 12 год та підтримувальній дозі 5 мг/кг в/в кожні 24 год)</i> Гемодіаліз: доза як для CrCl <10; в день діалізу ввести дозу після гемодіалізу
Гентаміцин Використовуйте скориговану масу тіла для розрахунку	<u>Дорослі та діти</u> <i>Виконання коригування дози та/або режиму введення відповідно до результатів ТЛМ дозволяють забезпечити вищий профіль безпеки</i> Потрібна корекція режиму дозування: зменшення дози або збільшення інтервалів між введеннями без зміни разової дози

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
дозування пацієнтам із ожирінням	
Ертапенем	<u>Дорослі та діти >13 років</u> <i>(При нормальній дозі 1 г в/в кожні 24 год)</i> CrCl < 30: 500 мг в/в кожні 24 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: доза як для CrCl <30; давати щодня, у дні діалізу ввести дозу після діалізу
Іміпенем/циластатин	<u>Дорослі</u> <i>(При нормальній дозі 500 мг в/в кожні 6 год)</i> CrCl 60-90: 400 мг кожні 6 год CrCl 30- 59: 300 мг кожні 6 год CrCl 15- 29: 200 мг кожні 6 год CrCl <15 не застосовувати, якщо впродовж найближчих 48 годин не планується проведення гемодіалізу Гемодіаліз: застосовують дози, рекомендовані пацієнтам із кліренсом креатиніну 15-29
	<i>(При нормальній дозі 1 г в/в кожні 8 год)</i> CrCl 60-90: 500 мг кожні 6 год CrCl 30- 59: 500 мг кожні 8 год CrCl 15-29: 500 мг кожні 12 год CrCl <15 не застосовувати, якщо впродовж найближчих 48 годин не планується проведення гемодіалізу Гемодіаліз: застосовують дози, рекомендовані пацієнтам із кліренсом креатиніну 15-29
	<i>(При нормальній дозі 1 г в/в кожні 6 год)</i> CrCl 60-90: 750 кожні 8 год CrCl 30-59: 500 кожні 6 год CrCl 15-29: 500 мг кожні 12 год CrCl <15 не застосовувати, якщо впродовж найближчих 48 годин не планується проведення гемодіалізу Гемодіаліз: застосовують дози, рекомендовані пацієнтам із кліренсом креатиніну 15-29
Кларитроміцин	<u>Для дорослих та дітей</u> <i>(При нормальній дозі 250-500 мг (7,5 мг/кг для дітей) перорально кожні 12 год)</i> Гемодіаліз: 50% від стандартної індивідуальної дози перорально кожні 12 год; у дні гемодіалізу дати дозу після діалізу
Кліндаміцин	<u>Дорослі та діти</u> немає потреби коригувати При тяжкій нирковій недостатності бажано уникати використання з режимом частіше, ніж кожні 8 год Гемодіаліз: немає потреби коригувати

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)																										
Колістин <i>Інгаляційна форма не потребує коригування при порушеннях роботи нирок</i>	<u>Дорослі та діти</u> Використовують навантажувальну дозу 9 млн МО в/в для всіх пацієнтів Початкова підтримувальна доза через 12-24 год після навантажувальної дози Добова доза: <table border="0"> <tr><td>CrCl $\geq$ 90</td><td>10,9 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 80 до <90</td><td>10,3 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 70 до <80</td><td>9 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 80 до <90</td><td>10,3 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 70 до <80</td><td>9 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 60 до <70</td><td>8,35 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 50 до <60</td><td>7,4 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 40 до <50</td><td>6,65 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 30 до <40</td><td>5,9 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 20 до <30</td><td>5,3 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 10 до <20</td><td>4,85 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 5 до <10</td><td>4,4 млн МО</td></tr> <tr><td>CrCl 0</td><td>3,95 млн МО</td></tr> </table> Добова доза ділиться на 2 прийоми, кожні 12 год Гемодіаліз: доза як для CrCl 0 кожні 12 год; у дні гемодіалізу ввести 3,95 млн МО + 1,2-1,6 млн МО додатково (для 3 та 4 годинного сеансу діалізу, відповідно) після діалізу	CrCl $\geq$ 90	10,9 млн МО	CrCl 80 до <90	10,3 млн МО	CrCl 70 до <80	9 млн МО	CrCl 80 до <90	10,3 млн МО	CrCl 70 до <80	9 млн МО	CrCl 60 до <70	8,35 млн МО	CrCl 50 до <60	7,4 млн МО	CrCl 40 до <50	6,65 млн МО	CrCl 30 до <40	5,9 млн МО	CrCl 20 до <30	5,3 млн МО	CrCl 10 до <20	4,85 млн МО	CrCl 5 до <10	4,4 млн МО	CrCl 0	3,95 млн МО
CrCl $\geq$ 90	10,9 млн МО																										
CrCl 80 до <90	10,3 млн МО																										
CrCl 70 до <80	9 млн МО																										
CrCl 80 до <90	10,3 млн МО																										
CrCl 70 до <80	9 млн МО																										
CrCl 60 до <70	8,35 млн МО																										
CrCl 50 до <60	7,4 млн МО																										
CrCl 40 до <50	6,65 млн МО																										
CrCl 30 до <40	5,9 млн МО																										
CrCl 20 до <30	5,3 млн МО																										
CrCl 10 до <20	4,85 млн МО																										
CrCl 5 до <10	4,4 млн МО																										
CrCl 0	3,95 млн МО																										
Левамізол	немає потреби коригувати																										
Левовфлоксацин	<u>Дорослі</u> (При нормальній дозі 250 мг перорально/в/в кожні 24 год) CrCl $\leq$ 20: 250 мг кожні 48 годин (якщо призначено на $\leq$ 3 дні, зміна дози не потрібна) (При нормальній дозі 500 мг перорально/в/в кожні 24 год) CrCl 20-49: 500 мг - перша доза, далі 250 мг кожні 24 год CrCl <20 або гемодіаліз: 500 - перша доза, далі 250 мг кожні 48 год; в день діалізу ввести після діалізу (При нормальній дозі 750 мг перорально/в/в кожні 24 год) CrCl 20-49: 750 мг кожні 48 год CrCl <20 або гемодіаліз: 750 мг – перша доза, далі 500 мг кожні 48 год; в день діалізу ввести після діалізу																										
Лінезолід	<u>Дорослі та діти</u> немає потреби коригувати Якщо тривалість >14 днів, розгляньте можливість проведення ТЛМ та/або проконсультуйтеся з фармацевтом клінічним																										
Мебендазол	немає потреби коригувати																										
Меропенем	<u>Дорослі та діти</u> (При нормальній дозі 0,5-2 г (діти- 10-40 мг/кг) кожні 8 год)) CrCl 25-49: стандартна індивідуальна доза кожні 12 год CrCl 10-24: 50% стандартної індивідуальної дози кожні 12 год CrCl <10: 50% стандартної індивідуальної дози кожні 24 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: доза як для CrCl <10; у дні діалізу ввести дозу відразу після діалізу																										

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
Нірматрелвір/ритонавір	<u>Дорослі</u> (При нормальній дозі нірматрелвір 300 мг з ритонавіром 100 мг, введені разом, кожні 12 год) CrCl <30 - використовувати з обережністю за наступним режимом: День 1: нірматрелвір 300 мг з ритонавіром 100 мг введені разом одноразово, День 2-5: нірматрелвір 150 мг з ритонавіром 100 мг, введені разом, кожні 24 год Гемодіаліз/перитонеальний діаліз: доза як для CrCl < 30; у дні діалізу ввести дозу після діалізу
Озельтамівір	<u>Дорослі та підлітки віком від 13 років</u> (При нормальній лікувальній дозі 75 мг перорально кожні 12 год) Гемодіаліз: 30 мг одноразово, потім після кожного сеансу гемодіалізу 30 мг; тривалість не більше 5 днів (При нормальній профілактичній дозі 75 мг перорально кожні 24 год) Гемодіаліз: 30 мг одноразово, потім після кожного другого сеансу гемодіалізу
Піперацилін/тазобактам <i>Рекомендовано для лікування інфекційних хвороб з тяжким перебігом, сепсису, бактерій зі зниженою чутливістю дози вводити впродовж 4 годин, за винятком дітей <40 кг</i>	<u>Дорослі та діти >40 кг та >12 років</u> (При нормальній дозі 3,375-4,5 г в/в кожні 6-8 год та 4-годинній інфузії) CrCl 20-40: стандартна індивідуальна доза, кожні 8 год CrCl <20, гемодіаліз/перитонеальний діаліз: 3,375 г в/в кожні 12 год, у дні діалізу ввести дозу після діалізу (При нормальній дозі 3,375-4,5 г в/в кожні 6-8 год та 30-хвилинній інфузії) CrCl 20-40: 75% стандартної індивідуальної дози в/в кожні 6 год CrCl <20: 2,25 г в/в кожні 6-8 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: 75% стандартної індивідуальної дози в/в кожні 12 год, у дні діалізу ввести додаткову дозу 0,75 г відразу після діалізу <u>Діти від 2 до 12 років (по піперациліну)</u> (При нормальній дозі 80-100 мг/кг в/в кожні 6-8 год) CrCl 30-50: 75% стандартної індивідуальної дози кожні 8 год CrCl <30: 50% стандартної індивідуальної дози кожні 8 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: стандартна індивідуальна доза кожні 12 год; у дні діалізу ввести дозу після діалізу
Тобраміцин Використовуйте скориговану масу тіла для розрахунку дозування пацієнтам із ожирінням	<u>Дорослі та діти</u> Виконання коригування дози та/або режиму введення відповідно до результатів ТЛМ дозволяють забезпечити вищий профіль безпеки
Фосфоміцин (в/в)	<u>Дорослі</u> (При нормальній дозі 6 г в/в кожні 8-12 год): Навантажувальна доза 6 г. Підтримувальна доза: CrCl 41-50 4 г, кожні 8 год CrCl 31-40 3 г, кожні 8 год CrCl 21-30 5 г, кожні 24 год CrCl 11-20 3 г, кожні 24 год <u>Діти</u> Немає рекомендацій

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
Цефазолін	<u>Дорослі</u> (При нормальній дозі 0,5-2 г в/в кожні 6-8 год) Для пацієнтів з підвищеним нирковим кліренсом (CrCl>130) і системній інфекції хвороби розглянути дозування 2 г в/в кожні 6 год CrCl ≤10: 50% стандартної індивідуальної дози кожні кожні 18-24 год
Цефепім	<u>Діти</u> ≥ 40 кг: Використовувати перегляд дозування як для дорослих <40 кг: (При нормальній дозі 50 мг/кг (макс 2 г) в/в кожні 12 год) CrCl 30-50: 50 мг/кг в/в кожні 24 год CrCl 10-29: 25 мг/кг в/в кожні в/в кожні 24 год CrCl <10: 12,5 мг/кг в/в кожні 24 год
Цефіксим	Дорослі та діти >12 років та >40 кг (При нормальній дозі 400 мг кожні 24 год) CrCl 21-59: 260-300 мг кожні 24 год (відповідне дозування можливе оральною суспензією) CrCl <20: 200 мг кожні 24 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: доза як для CrCl <20; у дні діалізу ввести дозу після діалізу
Цефтазидим	Діти ≥2 місяців та <40 кг (При нормальній дозі 30-50 мг/кг в/в кожні 8 год (макс. 6 г/день)) CrCl 31-50: 25 мг/кг кожні 12 год CrCl 16-30: 25 мг/кг кожні 24 год CrCl 5-15: 12,5 мг/кг кожні 24 год CrCl <5: 12,5 мг/кг кожні 48 год
Цефалексин	<u>Дорослі та діти >15 років</u> (При нормальній дозі 250 мг кожні 6 год або 500 мг кожні 12 год, або при тяжкому перебігу інфекційної хвороби 4 г поділені на 3-4 дози) Інструкція виробників не надають чітких значень та неповні референтні значення по креатиніну CrCl 30-59: немає потреби коригувати, але дозування не більше 1г/добу CrCl 15-29: 250 мг кожні 8-12 год CrCl 5-14 (не на діалізі): 250 мг кожні 24 год CrCl <5 (не на діалізі): 250 мг кожні 48-60 год
Ципрофлоксацин	<u>Дорослі</u> Перорально (При нормальній дозі 250-750 мг кожні 12 год) CrCl 30-50: 250-500 мг/кг доза кожні 12 год CrCl <30: 250-500 мг/кг кожні 24 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: доза як CrCl <30; давати щодня; у дні діалізу ввести дозу після діалізу У випадках тяжких інфекцій може використовуватися наступний режим CrCl 30-50: 750 мг/кг кожні 12 год CrCl 5-29: 750 мг/кг кожні 18 год Гемодіаліз: 750 мг/кг кожні 24 год; у дні діалізу ввести дозу після діалізу

Протимікробний лікарський засіб	Коригування дозування на основі розрахованого CrCl (у мл/хв)
	Пацієнт потребує ретельного моніторингу
	в/в <i>(При нормальній дозі 400 мг кожні 8-12 год)</i> CrCl 30-60: 400 мг кожні 12 год CrCl <30: 400 мг кожні 24 год Гемодіаліз/ перитонеальний діаліз: доза як CrCl <30; давати щодня, у дні діалізу ввести дозу після діалізу

Примітки

Навантажувальна доза ПЛЗ – це початкова вища доза ПЛЗ, що вводять на початку курсу лікування, перш ніж знизити до нижчої підтримуючої дози. Передбачена для швидшого досягнення цільової концентрації у осередку інфекційного захворювання.

Підтримувальна доза ПЛЗ – це доза лікарського засобу, що вводиться після навантажувальної дози і надалі протягом курсу лікування та забезпечує підтримання терапевтичної концентрації ПЛЗ у осередку інфекційного захворювання.

Нормальна доза характеризує приблизний діапазон режиму дозування, що використовується при певній нозології та клінічному стані пацієнта, за умови відсутності порушеної/зміненої функції нирок.

I. Оцінка кліренсу креатиніну

Дорослі (використання формули Кокрофта-Голта для пацієнтів ≥ 18 років):

Формула Кокрофта-Голта:

$$\text{CrCl (мл/хв)} = \frac{(140 - \text{вік}) * \text{вага (кг)} * 0,85 \text{ (коефіцієнт тільки для жінок)}}{72 * \text{концентрація креатиніну в сироватці крові (мг/дл)}}$$

Примітка: Формули наведено для концентрації креатиніну в мг/дл. Якщо лабораторія надає результат у мкмоль/л, застосовується перерахунок: креатинін (мг/дл) = креатинін (мкмоль/л) $\div$ 88,4.

Діти (рівняння Шварца для пацієнтів < 18 років):

Рівняння Шварца:

$$\text{CrCl (мл/хв)} = \frac{\text{зріст (см)} * K}{\text{концентрація креатиніну в сироватці крові (мг/дл)}}$$

де

K - константа пропорційності (залежна від віку)

<u>Вік</u>	<u>K</u>
Недоношені немовлята до 1 року	0,33
Немовлята до 1 року	0,45
1-12 років	0,55
13-17 років жінок	0,55
13-17 років чоловіки	0,70

II. Перерахункові показники маси тіла

Індекс маси тіла (далі - ІМТ) - розраховується відповідно формул, наведених у стандарті медичної допомоги «Ожиріння у дорослих».

Ідеальна маса тіла (далі - ІдМТ) Чоловіки: $\text{ІдМТ} = 50 + 2,3 * (0,394 * \text{зріст (см)} - 60)$

Жінки: $\text{ІдМТ} = 45,5 + 2,3 * (0,394 * \text{зріст (см)} - 60)$

Скоригована маса тіла (далі - СМТ) $\text{ІдМТ} + [C * (\text{ІМТ} - \text{ІдМТ})]$,

де C – специфічний фактор корекції ПЛЗ.

Додаток 2
до Стандарту «Раціональне застосування протимікробних лікарських засобів з лікувальною та профілактичною метою у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу»
(підпункт 1 пункту 7 розділу I)

Рекомендовані режими дозування протимікробних лікарських засобів для пацієнтів з ожирінням* (нормальна ренальна функція)

Протимікробний лікарський засіб	Рекомендований режим	Дозування	Примітки
Аміноглікозиди			
Амікацин	СМТ (C=0,4) для початкової дози	15–20 мг/кг кожні 24 год в/в	Бажано – ТЛМ для коригування дози
Гентаміцин		5–7 мг/кг кожні 24 год в/в	
Тобраміцин		5–7 мг/кг кожні 24 год в/в	
β- лактами			
Ампіцилін	Максимальна доза.	2 г кожні 4 год в/в	-
Амоксицилін/клавуланова кислота	У випадку сепсису або тяжкої інфекційної хвороби після навантажувальної дози	Обмежені дані. Рекомендована максимальна доза: в/в: 2 г/200 мг кожні 8 год Перорально: 875 мг /125 мг кожні 8 год	
Азтреонам	слідuje тривале введення як рекомендований режим з	2 г кожні 6–8 год в/в	
Ертапенем	максимальною клінічною користю	1 г кожні 24 год в/в	
Іміпенем/циластатин		1 г кожні 6 год в/в	
Меропенем		2 г кожні 8 год в/в	
Піперацилін / тазобактам		4 г/0,5 г кожні 6 год в/в	
Цефазолін		2 г кожні 8 год при тривалому введенні або 1,5–2 г кожні 6 год при введенні з перервами, в/в	
Цефепім		2 г кожні 8 год в/в	
Цефтриаксон		2 г кожні 12 год в/в	-
Цефотаксим		Максимальна доза до 2 г кожні 4 год в/в	
Цефтазидим		2 г кожні 8 год в/в	
Цефтазидим / авібактам		2 г/0,5 г кожні 8 год в/в	
Цефуроксим		1,5 г кожні 6 год в/в	
Сульфонаміди			
Триметоприм (далі - ТМП) / сульфаметоксазол	СМТ (C=0,4) (обмежені докази)	8–20 мг ТМП/ кг/добу в/в розділено на декілька дози	Пероральне введення <5 мг/кг /добу неоптимальний у пацієнтів з ожирінням

Протимікробний лікарський засіб	Рекомендований режим	Дозування	Примітки
Розрахунки по ТМП			
Фторхінолони			
Левофлоксацин	Максимальна доза. Можливе дозування через ІдМТ	750 мг кожні 24 год перорально, в/в	до 1000 мг кожні 24 год, якщо CrCl (ІдМТ) >110 мл/хв при інфекційних хворобах ШКТ
Ципрофлоксацин	Максимальна доза. Можливо розрахунки через СМТ (C=0,45)	400 мг кожні 8 год в/в 750 мг кожні 12 год, перорально	–
Похідні фосфонової кислоти			
Фосфоміцин (в/в)	На масу тіла	100–300 мг/кг/добу, в/в розділено на 3-4 дози (максимальна добова доза 24 г)	Максимальна разова доза: 8 г
Фосфоміцин (пероральний)	-	3 г одноразово, перорально 2 г кожні 48 год, дві дози, перорально	–
Глікопептиди			
Ванкоміцин	На масу тіла	Навантажувальна доза: 20–25 мг/кг (макс. 3 г) в/в. Підтримувальна доза: 15–20 мг/кг кожні 8–12 год (макс. 4,5 г /24 год) в/в доза 10–12,5 мг/кг/12 год, якщо ІМТ ≥40 кг/м²	–
Тейкопланін		Навантажувальна доза: 12 мг/кг кожні 12 год в/в, 3 дози Підтримувальна доза: 6–12 мг/кг кожні 24 год в/в	
Лінкозаміди			
Кліндаміцин	Невідомий	900 мг кожні 8 год в/в	–
Лінопептиди			
Даптоміцин	Якщо ІМТ ≥30 кг/м² доза відповідно до СМТ (C=0,4)	6–10 мг/кг кожні 24 год в/в	–
Макроліди			
Азитроміцин	Невідомий	Обмежені дані. Рекомендована максимальна доза: 500 мг кожні 24 год перорально, в/в	–
Кларитроміцин		Ерадикація з Helicobacter pylori: 500 мг кожні 8 год перорально, в/в	
Нітроїмідазол			
Метронідазол	На масу тіла	Навантажувальна доза: 15 мг/кг (макс. 1 г) перорально, в/в Підтримувальна доза: 7,5 мг/кг (макс. 500 мг) кожні 6–8 годин перорально, в/в	–
Оксазолідинон			

Протимікробний лікарський засіб	Рекомендований режим	Дозування	Примітки
Лінезолід	Стандартне дозування	600 мг кожні 8–12 год перорально, в/в	Якщо ШКФ >60 мл/хв /1,73 м², МІК збудника інфекції ≥2 мг/л рекомендовано використання 600 мг кожні 8 год одночасно з ТЛМ
Поліміксини			
Колістин (1 млн МО=30 мг по колістину) (1 млн МО=1 MU)	ІдМТ	Навантажувальна доза (сепсис, тяжка інфекція): Вага >50 кг: 9 MU; вага ≤50 кг: 6 MU в/в Підтримувальна доза: 4,5 MU кожні 12 год (2,5–5 мг по колістину/кг кожні 24 год у два прийоми) в/в	Максимальна добова доза: 12 MU або 360 мг по колістину
Тетрацикліни			
Доксициклін	Стандартне дозування	Навантажувальна доза: 200 мг перорально Підтримувальна доза: 100–200 мг кожні 24 год перорально	Максимальна добова доза 300 мг перорально
Тайгециклін		Навантажувальна доза:100 мг в/в Підтримувальна доза: 50 мг кожні 12 год в/в	Якщо інфекція зумовлена карбапенемазопродукуючими бактеріями: Навантажувальна доза: 200 мг в/в Підтримувальна доза: 100 мг в/в кожні 12 год
Протигрибкові засоби			
Ехінокандіни			
Анідулафунгін	Стандартне дозування	Навантажувальна доза: 200 мг кожні 24 год в/в, одна доза Підтримувальна доза: 100 мг кожні 24 год в/в	–
Каспофунгін		70 мг кожні 24 год в/в	
Мікафунгін		Candida albicans: 200 мг кожні 24 год в/в (115–185 кг) 150 мг /24 год в/в (<115 кг) Candida glabrata: 200 мг кожні 24 год в/в (<115 кг)	Максимальна добова доза 200 мг кожні 24 год. Вищі дози не мають клінічних переваг
Азол-похідні			
Вориконазол	Перорально: стандартне дозування в/в: СМТ (C=0,4)	Перорально: Навантажувальна доза 400 мг кожні 12 год, дві дози Підтримувальна доза: 200 мг кожні 12 год В/в: навантажувальна доза 6 мг/кг кожні 12 год, дві дози Підтримувальна: 4 мг/кг кожні 12 год	–

Протимікробний лікарський засіб	Рекомендований режим	Дозування	Примітки
Ітраконазол	Стандартне дозування	200 мг кожні 12 год перорально	–
Посаконазол	Максимальна доза	Навантажувальна доза: 300 мг кожні 12 год, перорально дві дози Підтримувальна доза: 300 мг кожні 24 год, перорально	Якщо >120 кг, експозиція в плазмі може знижуватися
Флуконазол	На масу тіла	6–12 мг/кг кожні 24 год в/в	Максимальна доза: 1600 мг / добу
Полієни			
Ліпосомальний амфотерицин В	На масу тіла	3–5 мг / кг кожні 24 год в/в	Максимальна рекомендована одноразова доза: 500 мг
Противірусні			
Ацикловір	СМТ (C=0,4)	10–15 мг/кг кожні 8 год в/в	Перорально: не визначено
Валганцикловір	Стандартне дозування	Лікування: 900 мг /12 год перорально Профілактика: 900 мг /24 год перорально	–
Ганцикловір	СМТ (C=0,4)	Лікування: 5 мг/кг кожні 12 год в/в Профілактика: 5 мг/кг кожні 24 год в/в	–
Озельтамівір	Стандартне дозування	75 мг кожні 12 год перорально	–
Лікарські засоби з протитуберкульозною активністю			
Етамбутол	ІдМТ	15–25 мг/кг кожні 24 год перорально, в/в (макс. 2,5 г/24 год)	Дозування на основі маси тіла може підвищити токсичність
Ізоніазид		5 мг/кг 24 год, перорально, в/в (макс. 300 мг перорально, в/в кожні 24 год)	
Піразинамід		20–30 мг/кг кожні 24 год (макс. 2000 мг перорально кожні 24 год)	
Рифампіцин	Стандартне дозування	600 мг кожні 12 год, перорально, в/в Туберкульоз: 600 мг перорально, в/в кожні 24 год.	

Примітки:

Індекс маси тіла (ІМТ) - розраховується відповідно стандарту медичної допомоги «Ожиріння у дорослих»

Ідеальна маса тіла (ІдМТ) Чоловіки: $\text{ІдМТ} = 50 + 2,3 \cdot (0,394 \cdot \text{зріст (см)} - 60)$

Жінки: $\text{ІдМТ} = 45,5 + 2,3 \cdot (0,394 \cdot \text{зріст (см)} - 60)$

Скоригована маса тіла (СМТ) $\text{ІдМТ} + [\text{C} \cdot (\text{ІМТ} - \text{ІдМТ})]$,
де С – специфічний фактор корекції ПЛЗ.

Навантажувальна доза ПЛЗ – це початкова вища доза ПЛЗ, яку вводять на початку курсу лікування, перш ніж знизити до нижчої підтримуючої дози. Передбачена для швидшого досягнення цільової концентрації у осередку інфекційного захворювання.

Підтримувальна доза ПЛЗ – це доза лікарського засобу, що вводиться після навантажувальної дози і надалі протягом курсу лікування та забезпечує підтримання терапевтичної концентрації ПЛЗ у осередку інфекційного захворювання.

Додаток 3
до Стандарту «Раціональне застосування протимікробних лікарських засобів з лікувальною та профілактичною метою у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу»
(пункт 4 розділу II)

**Стратифікація пацієнтів з інфекційними хворобами
з врахуванням ризику наявності мікроорганізмів з протимікробною резистентністю (МПМР) та
інвазивного кандидозу**

Пацієнт	Тип I	Тип II	Тип IIIa	Тип IIIb	Тип IV
Характер інфекції	Негоспітальна	Негоспітальна з факторами ризику щодо наявності мікроорганізмів пESBL	ІПНМД без факторів ризику щодо наявності мікроорганізмів пESBL	ІПНМД з факторами ризику щодо наявності мікроорганізмів пESBL	ІПНМД з факторами ризику щодо наявності інвазивного кандидозу
Звернення за медичною допомогою або госпіталізація	Відсутні звернення за медичною допомогою в останні 3 місяці	Звернення за медичною допомогою (денний стаціонар, гемодіаліз (тривалістю понад 30 днів), перебування в закладах довготривалого догляду) або госпіталізація тривалістю понад 48 годин впродовж останніх 3 місяців.	Тривалість перебування в стаціонарі 7 і менше діб (поза ВАРІТ), відсутність оперативних втручань	Тривалість перебування в стаціонарі більше 7 діб (у ВАРІТ більше 3 діб) або інфекція області хірургічного втручання	Пацієнти III типу з підвищенням температури тіла вище 38°C більше 6 діб, що зберігається на фоні антибіотикотерапії, і санованим первинним афектом за наявності наступних факторів: розповсюджена (два і більше локусів) колонізація <i>Candida spp.</i> 1. наявність двох і більше факторів ризику інвазивного кандидозу: в/в катетер; лапаротомія;
Антибіотикотерапія тривалістю більше однієї доби	Відсутність антибіотикотерапії за останні 90 діб	Попередня антибіотикотерапія впродовж останніх 90 діб (з будь-якої причини); попереднє	Не отримувач антибіотикопрофілактики у за останні 24 години та більше	Попередня антибіотикотерапія	

Пацієнт	Тип I	Тип II	Тип IIIa	Тип IIIb	Тип IV
		лікування інфекції, що викликана мікроорганізмами з МПМР.			повне парентеральне харчування;
Характеристика пацієнта	Пацієнти без тяжкої супутньої патології	Тяжка супутня патологія (хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, цукровий діабет, алкогольна вісцеропатія, наркоманія, імуносупресивний стан.)	Будь-які пацієнти	Тяжкий перебіг основного захворювання або наявність тяжкого коморбідного стану	застосування глюкокортикоїдів або імуносупресантів
Додаткові фактори ризику наявності мікроорганізмів із МПМР	Відсутні	Перебування в країнах з високим рівнем мікроорганізмів з МПМР (впродовж останніх 90 діб).	Відсутні	Фактори ризику MRSA, <i>P. aeruginosa</i>	Попереднє лікування/профілактика азолами
Підозрювана наявність мікроорганізмів із МПМР або інфікування грибами роду <i>Candida</i>	Відсутня	Ентеробактерії-пESBL	Ентеробактерії-пESBL	Ентеробактерії- пESBL, MRSA, неферментуючі грамнегативні бактерії (<i>P. aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter spp.</i>)	Ентеробактерії-пESBL, MRSA, неферментуючі грамнегативні бактерії (<i>P. aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter spp.</i>) та <i>Candida spp.</i>

Примітка. пESBL – продуценти β-лактамаз розширеного спектру; ВАРІТ – відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії; МПМР – множинна резистентність до протимікробних лікарських засобів; MRSA – метицилінрезистентний *S. aureus*; ПІНМД – інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги; імуносупресивний стан (вроджений імунodefіцит; прийомом хімотерапевтичних лікарських засобів для лікування онкологічних захворювань; трансплантація стовбурових гемопоетичних клітин; трансплантація органів; ВІЛ-інфекція III-IV стадії; тривалий прийом глюкокортикостероїдів та/або інших лікарських засобів, які мають імуносупресивний вплив; променеве лікування).

Додаток 4
до Стандарту «Раціональне застосування протимікробних лікарських засобів з лікувальною та профілактичною метою у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу»
(пункт 10 розділу II)

Рекомендовані режими емпіричної антибактеріальної терапії щодо окремих поширених інфекційних хвороб відповідно до «WHO AWaRe (access, watch, reserve) antibiotic book»

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Бактеріальний менінгіт *	Цефотаксим 2 г кожні 6 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 12 годин в/в -----В КОМБІНАЦІЇ З----- Ванкоміцин 15-20 мг/кг кожні 8-12 год -----В КОМБІНАЦІЇ З----- Ампіцилін# 2 г кожні 4 год, в/в	Діти: Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 6-8 годин в/в (не більше 12 г/добу) Або: Цефтриаксон 100 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в (не більше 4 г/добу) -----В КОМБІНАЦІЇ З----- Ванкоміцин 15 мг/кг кожні 6 год (при підозрі або встановленому пневмококовому менінгіті)	Невідомий патоген: 10 діб Пневмокок: 10-14 діб Менінгокок: 5-7 діб Listeria: 21 добу	Меропенем рекомендований тільки в разі високої ймовірності грамнегативних збудників #При підозрі на Listeria (наприклад, з факторами ризику: вік >50 років, імуноослабленість, вагітність, алкогольна залежність) додатково призначається ампіцилін
Позалікарняна пневмонія <i>Провести оцінювання згідно з CURB-65/ CRB-65</i>	Легка і середньотяжка Перший вибір: Амоксицилін 1 г кожні 8 годин перорально Другий вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 875 мг+125 мг кожні 8 годин перорально Або: Доксициклін 100 мг кожні 12 годин перорально	Легка і середньотяжка Амоксицилін 80-90 мг/кг/добу перорально. Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин	Дорослі: 5 діб Розглянути триваліше лікування, якщо пацієнт не є клінічно стабільним на день 5.	Діагностику та терапію у дітей проводять відповідно до стандарту медичної допомоги «Позалікарняна пневмонія у дітей» затверджений наказом МОЗ України від 02.08.2022 №1380 *Розглянути додавання кларитроміцину при значенні шкали CURB-65 ≥2 *Кларитроміцин має високу біодоступність, в/в шлях тільки для пацієнтів із порушеннями

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки														
	Тяжка Перший вибір: Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон в/в 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з:----- Кларитроміцин* 500 мг кожні 12 годин перорально або в/в Другий вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 1000 мг+200 мг кожні 8 годин в/в За потреби можливо збільшити кратність до: кожні 6 годин -----в комбінації з:----- Кларитроміцин* 500 мг кожні 12 годин перорально або в/в	Тяжка Перший вибір: Ампіцилін або амоксицилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин Або: Бензилпеніцилін 30 мг/кг/доза (50 000 мо/кг/доза) кожні 8 годин в/в -----в комбінації з:----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з:----- Сульфаметоксазол/триметоприм[#] 40 мг/кг по сульфаметоксазолу, 8 мг/кг по триметоприму в/в або перорально Другий вибір. Якщо ВІДСУТНЯ клінічна відповідь на АЛЗ першого вибору після 48–72 годин, перейти на: Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в	Діти: 3 дні: за низького розповсюдження ВІЛ, відсутність тяжких дихальних порушень (втягування грудної стінки). 5 діб: за високого розповсюдження ВІЛ, наявності втягування грудної стінки. Розглянути триваліше лікування, шукати ускладнення (емпієма), якщо пацієнт не є клінічно стабільним на день 5.	функції шлунково-кишкового тракту. [#]емпірично додати сульфаметоксазол/триметоприм , якщо <1 року та ВІЛ-позитивний статус (лікування потенційної <i>Pneumocystis jirovecii pneumonia</i>) Критерії та оцінювання CURB-65/CRB-65, а також рішення щодо лікування позаликарняної пневмонії <table><tr><th>Критерій</th><th>Бали</th></tr><tr><td>Поява сплутаності свідомості</td><td>1</td></tr><tr><td>Сечовина >19 мг/дл (або >7 ммоль/л)*</td><td>1</td></tr><tr><td>Частота дихання >30 вдихів/хв</td><td>1</td></tr><tr><td>Систолічний артеріальний тиск <90 мм рт. ст. (<12 кПа) або діастолічний артеріальний тиск ≤60 мм рт. ст. (≤8 кПа)</td><td>1</td></tr><tr><td>Вік ≥65 років</td><td>1</td></tr></table> *сечовина не потрібна для розрахунку балу за шкалою CRB-65, що є модифікацією CURB-65, яка не потребує лабораторних досліджень. <table><tr><td>Оцінка CURB-65/оцінка CRB-65</td><td>Де лікувати</td></tr></table>	Критерій	Бали	Поява сплутаності свідомості	1	Сечовина >19 мг/дл (або >7 ммоль/л)*	1	Частота дихання >30 вдихів/хв	1	Систолічний артеріальний тиск <90 мм рт. ст. (<12 кПа) або діастолічний артеріальний тиск ≤60 мм рт. ст. (≤8 кПа)	1	Вік ≥65 років	1	Оцінка CURB-65/оцінка CRB-65	Де лікувати
Критерій	Бали																	
Поява сплутаності свідомості	1																	
Сечовина >19 мг/дл (або >7 ммоль/л)*	1																	
Частота дихання >30 вдихів/хв	1																	
Систолічний артеріальний тиск <90 мм рт. ст. (<12 кПа) або діастолічний артеріальний тиск ≤60 мм рт. ст. (≤8 кПа)	1																	
Вік ≥65 років	1																	
Оцінка CURB-65/оцінка CRB-65	Де лікувати																	

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки	
				0–1	Амбулаторне лікування Низький ризик смертності (< 1,5%)
				2	Госпіталізація, 30-денний ризик смертності ≈10%
				≥3	Госпіталізація до ВАРІТ Високий ризик смертності (≈ 20%)
Госпітальна пневмонія	Амоксицилін+клавуланова кислота* 875 мг+125 мг кожні 8 годин перорально, або 1 г+200 мг Кожні 8 годин в/в Або: Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон в/в 2 г кожні 24 години в/в Або: Піперацилін/тазобактам# 4 г +500 мг кожні 6 годин в/в	Амоксицилін+клавуланова кислота 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози при пероральному прийомі: 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в Або: Піперацилін/тазобактам# 100 мг/кг/дозу (по піперациліну) кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в	7 діб Перегляньте діагноз та розгляньте триваліше лікування, якщо стан пацієнта клінічно нестабільний на 7-й день	*рекомендований режим, якщо ризик мультирезистентних патогенів низький (коротка госпіталізація, не отримував АЛЗ раніше) # піперацилін/тазобактам активний проти <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , на відміну від попередніх опцій. Ризик інфекції, викликаної <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , вищий у пацієнтів із відомою колонізацією, нещодавнім лікуванням АЛЗ та фоновими захворюваннями легень	
Загострення хронічного обструктивного захворювання легень (далі - ХОЗЛ)	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін 500 мг перорально кожні 8 годин Другий вибір: Цефалексин		5 діб	Діагностика та лікування проводиться згідно з уніфікованим клінічним протокол первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання	

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
АЛЗ не призначається рутинно	500 мг кожні 8 годин перорально Або: Доксициклін 100 мг кожні 12 годин перорально Тяжкі випадки: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг +125 мг перорально кожні 8 годин			легень», затвердженого наказом МОЗ України від 20.09.2024 № 1610. Переважна більшість випадків не потребує терапії АЛЗ
Інтраабдомінальна інфекція: гострий холецистит і холангіт	Легкі та середньожкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 875 мг+125 мг Кожні 8 годин перорально, або 1 г+200 мг кожні 8 годин в/в -----або----- Цефотаксим 2 г Кожні 8 годин, в/в Або: Цефтриаксон 2 г Кожні 24 години, в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг Кожні 8 годин перорально або в/в Другий вибір: Ципрофлоксацин 500 мг кожні 12 годин перорально -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин перорально або в/в Тяжкі випадки: Перший вибір: Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 8 годин або 1 г кожні 12 годин -----або----- Ампіцилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин -----в комбінації з----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин -----або----- Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в	Холецистит: Неускладнений: припинити АЛЗ , як тільки міхур видалено Ускладнений: 5 діб достатньо для більшості випадків Холангіт: Продовжувати терапію до біліарного дренивання та до 5 діб після неї.	Ципрофлоксацин та метронідазол мають дуже високу біодоступність, призначення в/в введення лише для пацієнтів із неможливістю всмоктування із ШКТ. Меропенем рекомендується лише для ускладнених випадків із високим ризиком інфекції, викликаной продуцентами ESBL

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	Кожні 8 годин перорально або в/в -----або----- Піперацилін/тазобактам 4 г+500 мг Кожні 6 годин в/в Другий вибір: Меропенем 1 г кожні 8 годин в/в	-----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Другий вибір: Ципрофлоксацин 15 мг/кг/дозу кожні 12 годин перорально або в/в Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 50 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 100 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 150 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 200 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 300 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 12 годин -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Тяжкі випадки: Перший вибір: Ампіцилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин -----в комбінації з----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин		

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин -----або----- Піперацилін/тазобактам 100 мг/кг/дозу (по піперациліну) кожні 8 годин в/в Другий вибір: Меропенем 20 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в		
Інтраабдомінальна інфекція: піогенний абсцес печінки	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 875 мг+125 мг кожні 8 годин перорально, або 1 г+200 мг кожні 8 годин в/в -----або----- Цефотаксим 2 г кожні 8 годин, в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години, в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин перорально або в/в Другий вибір: Ципрофлоксацин 500 мг кожні 12 годин перорально -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин перорально або в/в Тяжкі випадки: Перший вибір: Цефотаксим	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 50 мг/кг амоксициліну/дозу в/в кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг амоксициліну /дозу перорально: Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 250 мг амоксициліну кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг амоксициліну кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг амоксициліну кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг амоксициліну кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг амоксициліну кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин -----або----- Ампіцилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин -----в комбінації з----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин	Зазвичай, тривале. Щонайменше 4 тижні за умови адекватного контролю джерела і дренажу. Довга терапія можлива при інфекції <i>Burkholderia pseudomallei</i> (місяці) Візуалізаційні дослідження допомагають визначити тривалість терапії	Ципрофлоксацин та метронідазол мають дуже високу ентральну біодоступність, тому призначення в/в введення лише для пацієнтів із неможливістю всмоктування із ШКТ.

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин перорально або в/в -----або----- Піперацилін/тазобактам 4 г+500 мг кожні 6 годин в/в Другий вибір: Меропенем 1 г кожні 8 годин в/в	6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин -----або----- Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Другий вибір: Ципрофлоксацин 15 мг/кг/дозу кожні 12 годин перорально або в/в Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 50 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 100 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 150 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 200 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 300 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 12 годин -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин		Меропенем рекомендується лише для ускладнених випадків із високим ризиком інфекції, викликаної продуцентами ESBL

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Тяжкі випадки: Перший вибір: Ампіцилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин -----в комбінації з----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин -----або----- Піперацилін/тазобактам 100 мг/кг/дозу (по піперациліну) кожні 8 годин в/в Другий вибір: Меропенем 20 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в		
Інтраабдоміналь на інфекція: гострий апендицит	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 875 мг+125 мг Кожні 8 годин перорально, або 1 г+200 мг кожні 8 годин в/в -----або----- Цефотаксим 2 г Кожні 8 годин, в/в Або: Цефтриаксон 2 г Кожні 24 години, в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг Кожні 8 годин перорально або в/в Другий вибір:	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 50 мг/кг амоксициліну /дозу в/в: кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 250 мг амоксициліну кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг амоксициліну кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг амоксициліну кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг амоксициліну кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг амоксициліну кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин	Неускладнені випадки, що лікуються апендектомією: припинити прийом АЛЗ після операції, якщо досягнуто адекватного контролю над джерелом інфекції та симптоми зникли. Ускладнені випадки, що лікуються апендектомією: 5 днів, якщо досягнуто адекватного	Ципрофлоксацин та метронідазол мають дуже високу біодоступність, призначення в/в введення лише для пацієнтів із неможливістю всмоктування із ШКТ. Меропенем рекомендується лише для ускладнених випадків із високим ризиком інфекції, викликаній продуцентами ESBL

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	Ципрофлоксацин 500 мг кожні 12 годин перорально -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин перорально або в/в Тяжкі випадки: Перший вибір: Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг Кожні 8 годин перорально або в/в -----або----- Піперацилін/тазобактам 4 г+500 мг Кожні 6 годин в/в Другий вибір: Меропенем 1 г кожні 8 годин в/в	-----або----- Ампіцилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин -----в комбінації з----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин -----або----- Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Другий вибір: Ципрофлоксацин 15 мг/кг/дозу кожні 12 годин перорально Або в/в Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 50 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 100 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 150 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 200 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 300 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 12 годин -----в комбінації з-----	контролю над джерелом інфекції та симптоми зникли.Неускладнені випадки, щодо яких прийнято рішення лікувати лише АЛЗ: 7 днів з ретельним клінічним моніторингом та повторною оцінкою щодо можливості хірургічного втручання, якщо симптоми не зникнуть.	

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Тяжкі випадки: Перший вибір: Ампіцилін 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин -----в комбінації з----- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин -----або----- Піперацилін/тазобактам 100 мг/кг/дозу (по піперациліну) кожні 8 годин в/в Другий вибір: Меропенем 20 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в		

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Інтраабдоміналь на інфекція: гострий дивертикуліт	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 875 мг+125 мг Кожні 8 годин перорально, або 1 г+200 мг кожні 8 годин в/в -----або----- Цефотаксим 2 г Кожні 8 годин, в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години, в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг Кожні 8 годин перорально або в/в Другий вибір: Ципрофлоксацин 500 мг кожні 12 годин перорально -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин перорально або в/в Тяжкі випадки: Перший вибір: Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг Кожні 8 годин перорально або в/в -----або----- Піперацилін/тазобактам 4 г+500 мг кожні 6 годин в/в Другий вибір: Меропенем 1 г кожні 8 годин в/в		Більшість легких випадків не потребують АЛЗ АЛЗ разом з хірургічним лікуванням: 4 дні після адекватного контролю джерела Консервативна терапія: 4 дні	Ципрофлоксацин та метронідазол мають дуже високу біодоступність, призначення в/в введення лише для пацієнтів із неможливістю всмоктування із ШКТ. Меропенем рекомендується лише для ускладнених випадків із високим ризиком інфекційної хвороби, викликані продуцентами ESBL

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Інфекційна хвороба: викликана <i>C. Difficile</i> **	Легкі випадки: Перший вибір: Ванкоміцин 125 мг Кожні 6 годин перорально Другий вибір (при недоступності ванкоміцину): Метронідазол 500 мг Кожні 8 годин перорально Середньотяжкі та тяжкі випадки: Ванкоміцин 125 мг Кожні 6 годин перорально При блискавичній формі <i>C. difficile</i>: Ванкоміцин 500 мг кожні 6 годин перорально -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин в/в	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Ванкоміцин 5-10 мг/кг/дозу кожні 6 годин перорально Другий вибір (при недоступності ванкоміцину): Метронідазол перорально Діти: 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин Середньотяжкі та тяжкі випадки: Ванкоміцин 5-10 мг/кг/дозу кожні 6 годин перорально	10 діб	Метронідазол може бути доданий за потреби
Інфекційна хвороба верхніх сечовивідних шляхів	Легкі та середньотяжкі випадки: Ципрофлоксацин 500 мг кожні 12 годин перорально Тяжкі випадки: Цефотаксим 1 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 1 г кожні 24 години в/в -----в комбінації/або----- Амікацин 15 мг/кг кожні 24 години в/в Або: Гентаміцин 5 мг/кг кожні 24 години в/в	Легкі та середньотяжкі випадки: Ципрофлоксацин 15 мг/кг/дозу кожні 12 годин перорально або в/в Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 50 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 100 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 150 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 200 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 300 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 12 годин Тяжкі випадки: Цефотаксим 50 мг/кг/доза кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/доза кожні 24 години в/в -----в комбінації/або----- Амікацин 15 мг/кг кожні 24 години в/в Або: Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в	7 діб	Можлива як монотерапія цефалоспоринами або аміноглікозидами, так і їх комбінація, залежно від тяжкості пацієнта. Розгляньте амікацин або гентаміцин при високій розповсюдженості ESBL-продуцентів

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Гострий бактеріальний остеомієліт	Амоксицилін+клавуланова кислота 1 г+200 мг кожні 8 годин в/в Або: Цефазолін 2 г кожні 8 годин в/в Або: Кліндаміцин 600 мг кожні 8 годин перорально або в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в Або: Цефотаксим 2 г Кожні 8 годин в/в	Амоксицилін+клавуланова кислота в/в: *دوزи по амоксициліну 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 250 мг по амоксициліну кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг по амоксициліну кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг по амоксициліну кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг по амоксициліну кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг по амоксициліну кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефазолін 25 мг/кг/дозу кожні 12 годин в/в Або: Кліндаміцин кожні 8 годин перорально або в/в: 10 мг/кг/дозу Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в Або: Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в	3 тижні* (у дітей з неускладненими інфекціями) 4-6 тижнів (у дорослих) Залежить від: • наявності /відсутності мертвої кістки і сторонніх тіл • патогену і його профілю резистентності • ступеню проникнення АЛЗ в кістку • візуалізаційні дослідження, як правило, не допомагають визначити тривалість лікування Принаймні перший тиждень рекомендується внутрішньовен на терапія	Кліндаміцин є опцією для позалікарняного MRSA, якщо відома його чутливість або в місцевостях з низькою резистентністю MRSA до кліндаміцину. В іншому разі слід використовувати ванкоміцин. Цефтриаксон або цефотаксим є оптимальними при інфекційній хворобі, спричиненій Enterobacterales або інвазивною не-тифозною Salmonella *3 тижні лікування (зазвичай починаючи з 3–5 днів внутрішньовенного лікування, а потім переходячи на пероральне лікування) зараз зазвичай використовуються у дітей з гострим остеомієлітом, що передається через кров, залежно від реакції на лихоманку, здатності рухати кінцівкою та зниження рівня С-реактивного білка (якщо доступно).
Гнійний артрит	Амоксицилін+клавуланова кислота 1 г+200 мг Кожні 8 годин в/в Або: Цефазолін 2 г Кожні 8 годин в/в Або: Кліндаміцин 600 мг	Амоксицилін+клавуланова кислота в/в: *دوزи по амоксициліну 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 250 мг по амоксициліну кожні 12 годин	Дорослі: 4-6 тижнів (2 тижні при гонококковій інфекційній хворобі) Діти: прибл. 3 тижні	Кліндаміцин є опцією для позалікарняного MRSA, якщо відома його чутливість або в місцевостях з низькою резистентністю MRSA до кліндаміцину. В іншому разі слід використовувати ванкоміцин.

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	Кожні 8 годин перорально або в/в Або: Цефтриаксон 2 г Кожні 24 години в/в Або: Цефотаксим 2 г Кожні 8 годин в/в	6-<10 кг: 375 мг по амоксициліну кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг по амоксициліну кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг по амоксициліну кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг по амоксициліну кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефазолін 25 мг/кг/дозу Кожні 12 годин в/в Або: Кліндаміцин кожні 8 годин перорально або в/в: 10 мг/кг/дозу Або: Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в Або: Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в	Залежить від: • наявності /відсутності мертвої кістки та сторонніх тіл • патогену та його профілю резистентності • наявності /відсутності остеомієліту Принаймні перший тиждень рекомендується внутрішньовенна терапія	Цефтриаксон або цефотаксим є оптимальними при інфекційній хворобі, спричиненій <i>Enterobacteriales</i> або інвазивною не-тифозною <i>Salmonella</i> .
Інфекційна хвороба шкіри і м'яких тканин: некротизувальний фасциїт	Піперацилін/тазобактам 4 г+500 мг кожні 6 годин в/в -----в комбінації з----- Кліндаміцин 900 мг кожні 8 годин в/в -----або----- Цефтриаксон 2 г Кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин в/в Якщо MRSA є імовірним патогеном, то додати: Ванкоміцин 15-20 мг/кг Кожні 12 годин в/в	Піперацилін/тазобактам 100 мг/кг по піперациліну кожні 8 годин в/в -----в комбінації з----- Кліндаміцин кожні 8 годин в/в: 10 мг/кг/доза -----або----- Цефтриаксон 80 мг/кг кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол перорально або в/в 7,5 мг/кг/дозу кожні 8 годин Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 30 мг кожні 8 годин 6-<10 кг: 50 мг кожні 8 годин 10-<15 кг: 100 мг кожні 8 годин 15-<20 кг: 150 мг кожні 8 годин 20-<30 кг: 200 мг кожні 8 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин	2-3 тижні Залежить від: • клінічний прогрес • хірургічний контроль джерела • динаміка маркерів запалення	Комбінація Цефтриаксон+метронідазол допускається лише за умови, що <i>Streptococcus pyogenes</i> виключений, як можлива причина

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		Якщо MRSA є імовірним патогеном, то додати: Ванкоміцин 15 мг/кг кожні 8 годин в/в		
Інфекційна хвороба шкіри і м'яких тканин: піоміозит	Амоксицилін+клавуланова кислота 1 г+200 мг кожні 8 годин в/в Або 875 мг+125 мг кожні 8 годин перорально Або: Цефалексин 500 мг кожні 8 годин перорально	Амоксицилін+клавуланова кислота 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин Або: 80-90 мг/кг/дозу по амоксициліну перорально: Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 250 мг по амоксициліну кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг по амоксициліну кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг по амоксициліну кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг по амоксициліну кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг по амоксициліну кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефалексин 25 мг/кг/дозу кожні 12 годин перорально Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 125 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 250 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 375 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 500 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 625 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин.	2-3 тижні 2 тижні у стабільного пацієнта з адекватним контролем джерела 3 тижні за наявності хронічних захворювань або якщо контроль джерела не оптимальний	
Фебрильна нейтропенія	Лікування та діагностика згідно зі Стандартом медичної допомоги «Профілактика та лікування інфекційних ускладнень у дорослих пацієнтів з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2024 року № 1054.			Розгляньте амікацин, якщо підозра на резистентні грамнегативні бактерії Розгляньте ванкоміцин, якщо підозра на MRSA Клінічні дані підтримують припинення терапії по клінічному стану, а не кількості нейтрофілів

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Інфекційні хвороби нижніх сечовивідних шляхів	Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин Або: Нітрофурантоїн 100 мг перорально кожні 12 годин (лікарський засіб з модифікованим вивільненням) 50 мг перорально кожні 6 годин (лікарський засіб з негайним вивільненням) Або: Сульфаметоксазол/триметоприм 800 мг+160 мг кожні 12 годин, перорально	Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Діти віком від 12 років: Нітрофурантоїн 2 мг/кг/доза кожні 12 годин або 1 мг/кг/доза кожні 6 годин (негайне вивільнення) перорально Або: Сульфаметоксазол/триметоприм 20 мг/кг+4 мг/кг кожні 12 годин перорально Рекомендовані пероральні дози: 3-<6 кг: 100 мг+20 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 200 мг+40 мг кожні 12 годин 10-<30 кг: 400 мг+80 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 800 мг+160 мг кожні 12 годин	3-5 діб 5 діб 3 дні	
Рани та укуси	Профілактичне застосування АЛЗ Не рекомендується. Може бути розглянутим в окремих випадках (тяжка імуносупресія, рани обличчя, над суглобами) не більше, ніж на 3 дні. Захворювання та стани, що є чинниками ризику розвитку інфекційних ускладнень, для пацієнтів рекомендована антибіотикопрофілактика: • Імунодефіцит • Аспленія • Декомпенсована хвороба печінки	Профілактичне застосування АЛЗ Не рекомендується. Може бути розглянутим в окремих випадках (тяжка імуносупресія, рани обличчя, над суглобами) не більше, ніж на 3 дні. Рани, пов'язані із укусами: Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин	3 дні (профілактичне лікування ран з високим ризиком інфікування) 5 днів (лікування інфікованих ран)	Цей розділ не стосується хірургічних ран, а також шкірних інфекцій, що розглянуті в інших розділах. Загалом, неінфіковані рани не потребують АЛЗ. Амоксицилін є АЛЗ вибору, оскільки активний проти анаеробів.

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	• Набряк до або після укусу в ураженій ділянці Рани середньої або тяжкого ступеня (особливо обличчя, кистей рук) • Пошкодження періостальної тканини або капсули суглоба Профілактика впродовж 3-5 діб Рани, пов'язані з укусами Виконати профілактики сказу та правця відповідно до Стандарту медичної допомоги «Сказ», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 травня 2026 року № 635 та Інструкції зі специфічної профілактики правця, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року №198. Укуси людей, котів, собак: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин Рани, не пов'язані з укусами: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин Або: Цефалексин 500 мг кожні 8 годин перорально	Рани, не пов'язані з укусами: Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефалексин 25 мг/кг/дозу перорально кожні 12 годин Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 125 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 250 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 375 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 500 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 625 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин		
Інфіковані опікові рани Слід призначати АЛЗ лише в разі ознак	Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин Або: Цефалексин 500 мг кожні 8 годин перорально	Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин	5 діб При тяжкій системній інфекції може знадобитись	Профілактичне застосування антибіотиків у опікових пацієнтів не рекомендується (немає даних щодо користі, сприяє колонізації резистентними патогенами).

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
інфекційного процесу у рані	Топічне лікування: Місцеві антисептики можуть використовуватись відповідно до Стандарту медичної допомоги «Опіки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 листопада 2024 року № 1869	15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефалексин 25 мг/кг/дозу перорально кожні 12 годин Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 125 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 250 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 375 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 500 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 625 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Топічне лікування: Місцеві антисептики можуть використовуватись відповідно до Стандарту медичної допомоги «Опіки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 листопада 2024 року № 1869	триваліша терапія	Лікування опікових ран проводити відповідно до стандарту медичної допомоги «Опіки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 листопада 2024 року № 1869
Інфекційні хвороби шкіри та м'яких тканин: імпетиго, еризипелойд, целюліт	Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин Або: Цефалексин 500 мг кожні 8 годин перорально Топічне лікування: При локалізованому, не-бульозному імпетиго слід надати перевагу місцевому лікуванню, наприклад, 2% мазь мупіроцину впродовж 5 діб	Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефалексин 25 мг/кг/дозу перорально кожні 12 годин Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 125 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 250 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 375 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 500 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 625 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин Топічне лікування:	5 діб	

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		При локалізованому, не-бульозному імпетиго слід надати перевагу місцевому лікуванню, наприклад, 2% мазь мупіроцину впродовж 5 діб		
Гостра інфекційна діарея / гастроентерит <i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	Перший вибір: Ципрофлоксацин 500 мг кожні 12 годин перорально, 3 дні Другий вибір: Азитроміцин День 1: 500 мг перорально День 2-4: 250 мг кожні 24 години Загалом, 4 дні терапії Або: Цефіксим 400 мг кожні 24 години перорально 3 дні Або: Сульфаметоксазол/триметоприм 800 мг+160 мг кожні 12 годин перорально 5 діб Парентерально Цефтриаксон 1 г кожні 24 години в/в	Перший вибір: Ципрофлоксацин 15 мг/кг/дозу кожні 12 годин перорально Дози для перорального прийому: 3-<6 кг: 50 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 100 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 150 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 200 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 300 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 12 годин 3 дні терапії Другий вибір: Азитроміцин 10 мг/кг/дозу кожні 24 години перорально 4 дні терапії Або: Цефіксим 10 мг/кг/дозу кожні 24 години перорально 5 діб Або: Сульфаметоксазол/триметоприм 20 мг/кг+4 мг/кг кожні 12 годин перорально 5 діб Рекомендовані пероральні дози: 3-<6 кг: 100 мг+20 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 200 мг+40 мг кожні 12 годин 10-<30 кг: 400 мг+80 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 800 мг+160 мг кожні 12 годин Або: Цефтриаксон 80 мг/кг кожні 24 години в/в Якщо симптоми зберігаються впродовж 24-48 годин, розглянути призначення метронідазолу. У дітей лише з кров'янистою діареєю, якщо відомо про резистентність до ципрофлоксацину, слід надати перевагу азитроміцину.		Переважна більшість випадків водянистої діареї з лихоманкою чи без викликані вірусами і не вимагають АЛЗ. Розгляньте антибактеріальну терапію при тяжкій кров'янистій діареї (дизентерія) або у імунокомпоментованих пацієнтів

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		Сульфаметоксазол/триметоприм призначати тільки якщо локальні дані передбачають чутливість		
Холера	Перший вибір: Азитроміцин 1 г перорально одноразово Або: Доксициклін 300 мг перорально одноразово. Якщо така доза не переноситься, то 100 мг кожні 12 годин 3 дні. Другий вибір: Ципрофлоксацин 1 г перорально одноразово	Перший вибір: Азитроміцин 20 мг/кг перорально одноразово Другий вибір: Доксициклін <45 кг (<12 р.) 2-4 мг/кг одноразово ≥45 кг (>12р.) 300 мг одноразово Або: Ципрофлоксацин 15 мг/кг перорально одноразово		
Інфекційні хвороби ока спричинені бактеріями (окрім трахоми)	Бактеріальний кон'юнктивіт: Офлоксацин 0,3% очні краплі По 1 краплі в уражене око кожні 6 годин Або: Тетрациклін 1% очна мазь По 1 см в уражене око кожні 6 годин Гонококовий кон'юнктивіт: Цефтриаксон 250 мг внутрішньом'язове -----в комбінації з----- Азитроміцин 1 г перорально	Бактеріальний кон'юнктивіт: Офлоксацин 0,3% очні краплі По 1 краплі в уражене око кожні 6 годин Або: Тетрациклін 1% очна мазь По 1 см в уражене око кожні 6 годин -	5 діб	
	Бактеріальний кератит: Офлоксацин 0,3% очні краплі По 1 краплі в уражене око кожну годину впродовж 48 годин, потім кожні 4 години до одужання Периорбітальний целюліт: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин або 1 г +200 мг кожні 8 годин в/в Або:	Бактеріальний кератит: Офлоксацин 0,3% очні краплі По 1 краплі в уражене око кожну годину впродовж 48 годин, потім кожні 4 години до одужання Периорбітальний целюліт: Амоксицилін+клавуланова кислота 50 мг/кг/дозу в/в кожні 8 годин, або: 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну):	10-14 днів	

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	Цефалексин 500 мг перорально кожні 8 годин	Рекомендовані дози (по амоксициліну) для перорального прийому: 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефалексин 25 мг/кг/дозу перорально кожні 12 годин Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 125 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 250 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 375 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 500 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 625 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин		
	Бактеріальний ендофтальміт При екзогенному: Інтравітреальна ін'єкція: Ванкоміцин 1 мг ТА Цефтазидим 2,25 мг При ендогенному: додати системне лікування Цефтриаксон (в/в): 2 г один раз кожні 24 години -----в комбінації з----- Ванкоміцин (в/в): 15–20 мг/кг кожні 12 годин	Бактеріальний ендофтальміт Цефтриаксон (в/в): 80 мг/кг/доза один раз на день -----в комбінації з----- Ванкоміцин (в/в): 15 мг/кг/доза кожні 8 годин		
Інфекційні хвороби порожнини рота та стоматологічні інфекції	Амоксицилін 500 мг перорально кожні 8 годин *при інфекції м'яких тканин зуба слід розглянути метронідазол	Амоксицилін 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин	За достатнього контролю джерела інфекції: 3 дні Без контролю джерела: 5 діб	Переважає більшість випадків не потребують АЛЗ. Стани, при яких варто розглянути призначення АЛЗ: абсцес, перикороніт, некротизуючі ураження періодонту, нома

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		*при інфекції м'яких тканин зуба слід розглянути метронідазол		
Локалізований гострий бактеріальний лімфаденіт	Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин Або: Цефалексин 500 мг перорально кожні 8 годин	Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Або: Цефалексин 25 мг/кг/дозу перорально кожні 12 годин Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 125 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 250 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 375 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 500 мг кожні 12 годин 20-<30 кг: 625 мг кожні 12 годин ≥30 кг: 500 мг кожні 8 годин	5 діб	Більшість випадків має вірусну причину і не потребує АЛЗ.
Гострий синусит <i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	Амоксицилін 500 мг перорально кожні 8 годин Другий вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+ 125 мг перорально кожні 8 годин	Перший вибір: Амоксицилін 80-90 мг/кг/дозу перорально: Рекомендовані дози: 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Другий вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну): Рекомендовані дози (по амоксициліну): 3-<6 кг: 250 мг кожні 12 годин 6-<10 кг: 375 мг кожні 12 годин 10-<15 кг: 500 мг кожні 12 годин 15-<20 кг: 750 мг кожні 12 годин	5 діб	Діагностика та лікування проводиться відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гострий риносинусит», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 жовтня 2023 року № 1793 Терапія АЛЗ не потрібна в переважній більшості випадків. Симптоми можуть тривати до 4 тижнів. Жовті/зелені виділення з носа не є показанням до терапії АЛЗ.

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин		
Гострий середній отит	Діагностика та терапія проводиться відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий середній отит», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 квітня 2021 року № 688			Більшість легких і середньотяжких випадків не вимагають терапії АЛЗ. Рішення індивідуальне. Виключення: двобічний отит у дітей до 2-х років потребує АЛЗ
Сепсис і септичний шок Сепсис клінічно (первинний афект не визначено)	Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Амікацин 15 мг/кг кожні 24 години в/в Або: Гентаміцин 5 мг/кг кожні 24 години в/в	-	7 днів	Амікацин (і, в меншому ступені, гентаміцин) зберігають активність проти ESBL-продуцентів і можуть використовуватись як карбапенем-зберігаюча опція
Сепсис і септичний шок Підозрюване/ підтверджене джерело: менінгіт	Перший вибір: Цефотаксим 2 г кожні 6 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 12 годин в/в Другий вибір (тільки коли АЛЗ першого вибору недоступні): Амоксицилін 2 г кожні 4 години в/в Або: Ампіцилін 2 г кожні 4 години в/в Або: Бензилпеніцилін 4 мільйони МО (2,4 г) кожні 4 години в/в Або: Хлорамфенікол* 1 г кожні 6 годин в/в	-	10 днів (може відрізнитись залежно від патогену і локальної епідеміології)	*використовуйте хлорамфенікол тільки, якщо інші опції недоступні
Сепсис і септичний шок	Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або:	-	5 днів	

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Підозрюване/ підтверджене джерело: інфекційна хвороба нижніх дыхальних шляхів	Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Кларитроміцин 500 мг кожні 12 годин в/в			
Сепсис і септичний шок Підозрюване/ підтверджене джерело: інтра- абдомінальна інфекційна хвороба	Перший вибір: Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин в/в Або: Піперацилін/тазобактам 4 г +500 мг кожні 8 годин в/в Другий вибір: Меропенем 2 г кожні 8 годин в/в	-	Загалом, 7 днів (за умови хірургічної обробки джерела)	
Сепсис і септичний шок Підозрюване/ підтверджене джерело: інфекційна хвороба шкіри і м'яких тканин	Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Метронідазол 500 мг кожні 8 годин в/в Або: Піперацилін/тазобактам 4 г +500 мг кожні 8 годин в/в -----в комбінації з----- Кліндаміцин 900 мг кожні 8 годин в/в Додати, якщо підозрюється MRSA: Ванкоміцин 15-20 мг/кг кожні 12 години в/в	-	Загалом, 7 днів	У разі підозри на джерело: некротизуючий фасціїт до емпіричної схеми додається кліндаміцин 900 мг кожні 8 годин в/в (пригнічення продукції екзотоксинів), у тому числі за підозри на інфікування, використовуйте комбінацію цефтриаксону та метронідазолу лише за умови попереднього виключення інфікування <i>Streptococcus pyogenes</i>

Захворювання	АЛЗ і доза (дорослі)	АЛЗ і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Сепсис і септичний шок Підозрюване/ підтверджене джерело: інфекційна хвороба сечовивідних шляхів	Цефотаксим 2 г кожні 8 годин в/в Або: Цефтриаксон 2 г кожні 24 години в/в -----в комбінації з----- Амікацин 15 мг/кг кожні 24 години в/в	-	7 днів	
Сепсис у дітей		Перший вибір: Ампіцилін 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в Або: Бензилпеніцилін 30 мг/кг/дозу (50 000 МО/кг/дозу) кожні 8 годин в/в ----в комбінації з---- Гентаміцин 7,5 мг/кг кожні 24 години в/в Другий вибір: Цефотаксим 50 мг/кг/дозу кожні 8 годин в/в ----або---- Цефтриаксон 80 мг/кг/дозу кожні 24 години в/в	Тривалість може варіюватися 7 днів 14 днів у випадку менінгіту	

Примітки:

*Режими емпіричної антибіотикотерапії **бактеріального менінгіту** наведено згідно з ESCMID Guideline: Diagnosis and Treatment of Community-acquired Bacterial Meningitis, 2016;

Режими емпіричної антибіотикотерапії **інфекційної хвороби, викликаного C. Difficile, наведено згідно з Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults

1. Всі дози наведено для нормальної ниркової і печінкової функції. В разі їх порушення можливо знадобиться корекція дози.
2. Лікарські засоби першого вибору мають перевагу перед лікарськими засобами другого вибору. Лікарські засоби другого вибору слід використовувати тільки якщо перший вибір недоступний, або є вагомі причини їх не використовувати.
3. Варіанти в межах першого і другого вибору наведені в алфавітному порядку і є взаємозамінними.
4. Перевагу потрібно надавати АЛЗ, до якого немає прямих протипоказань, та який належить до групи класифікації AWaRe з нижчим рівнем ризику розвитку ПМР (тобто доступу>спостереження>резерву).
5. Інструкція з вибору лікарських засобів:
 - АБО: проста альтернатива або альтернатива лікарських засобів в комбінації;

- -----АБО-----: розділяє опції терапії (монотерапію та комбіновану або декілька варіантів комбінованої);
- -----В КОМБІНАЦІЇ З-----: комбіноване використання АЛЗ.

Приклади

Перший вибір: Лікарський засіб X Другий вибір: Лікарський засіб Y АБО: Лікарський засіб Z	Слід надати перевагу лікарському засобі X. Якщо він недоступний, можна рівноцінно використовувати лікарські засоби Y або Z
Лікарський засіб A -----АБО----- Лікарський засіб Y -----В КОМБІНАЦІЇ З----- Лікарський засіб Z	Можна використати монотерапію лікарським засобом A, або комбінацію Y+Z
Лікарський засіб A АБО: Лікарський засіб Y -----В КОМБІНАЦІЇ З----- Лікарський засіб Z	Можна рівноцінно використати комбінацію A+Z або Y+Z
Лікарський засіб A -----АБО----- Лікарський засіб X АБО: Лікарський засіб Y -----В КОМБІНАЦІЇ З----- Лікарський засіб Z	Можна використати монотерапію лікарським засобом A, або одну з комбінацій: X+Z або Y+Z

Додаток 5
до Стандарту «Раціональне застосування
протимікробних лікарських засобів з
лікувальною та профілактичною метою у
закладах охорони здоров'я, що надають
спеціалізовану медичну допомогу»
(пункт 16 розділу II)

**Перелік антибактеріальних лікарських засобів групи доступу (А), відповідно до
адаптованої класифікації антибактеріальних лікарських засобів BOO3 AWaRe**

Антибактеріальний лікарський засіб	Клас	АТС код
Амікацин	Аміноглікозиди	J01GB06
Амоксицилін	Пеніциліни	J01CA04
Амоксицилін/клавуланова кислота	Беталактами та інгібітори β -лактамаз	J01CR02
Ампіцилін	Пеніциліни	J01CA01
Ампіцилін/сульбактам	Беталактами та інгібітори β -лактамаз	J01CR01
Бензилпеніцилін	Пеніциліни	J01CE01
Гентаміцин	Аміноглікозиди	J01GB03
Доксициклін	Тетрацикліни	J01AA02
Кліндаміцин	Лінкозаміди	J01FF01
Метронідазол (per os)	Імідазоли	P01AB01
Метронідазол (в/в)	Імідазоли	J01XD01
Нітрофурантоїн	5-нітрофурани	J01XE01
Орнідазол (per os)	Імідазоли	P01AB03
Орнідазол (в/в)	Імідазоли	J01XD03
Секнідазол	Імідазоли	P01AB07
Сульфадиметоксин	Сульфонаміди	J01ED01
Сульфадимідин	Сульфонаміди	J01EB03
Сульфаметоксазол/триметоприм	Триметоприм-сульфонаміди комбінація	J01EE01
Сульфаніламід	Сульфонаміди	J01EB06
Тетрациклін	Тетрацикліни	J01AA07
Тинідазол (per os)	Імідазоли	P01AB02
Тіамфенікол	Амфеніколи	J01BA02
Фуразидин	5-нітрофурани	J01XE03
Хлорамфенікол	Амфеніколи	J01BA01
Цефазолін	Цефалоспорины 1-го покоління	J01DB04
Цефалексин	Цефалоспорины 1-го покоління	J01DB01

**Перелік антибактеріальних лікарських засобів групи спостереження (В),
відповідно до адаптованої класифікації антибактеріальних лікарських засобів BOO3
AWaRe**

Антибактеріальний лікарський засіб	Клас	АТС код
Азитроміцин	Макроліди	J01FA10
Ванкоміцин (per os)	Глікопептиди	A07AA09
Ванкоміцин (в/в)	Глікопептиди	J01XA01

Антибактеріальний лікарський засіб	Клас	АТС код
Гатифлоксацин	Фторхінолони	J01MA16
Еритроміцин	Макроліди	J01FA01
Ертапенем	Карбапенеми	J01DH03
Іміпенем/циластатин	Карбапенеми	J01DH51
Канаміцин (в/в)	Аміноглікозиди	J01GB04
Кларитроміцин	Макроліди	J01FA09
Лінкоміцин	Лінкозаміди	J01FF02
Ломефлоксацин	Фторхінолони	J01MA07
Меропенем	Карбапенеми	J01DH02
Моксифлоксацин	Фторхінолони	J01MA14
Норфлоксацин	Фторхінолони	J01MA06
Офлоксацин	Фторхінолони	J01MA01
Піпемідова кислота	Хінолони	J01MB04
Піперацилін/тазобактам	Беталактами-інгібітори β -лактамаз (антипсевдомоназні)	J01CR05
Рифаксимін	Рифаміцини	A07AA11
Рифампіцин	Рифаміцини	J04AB02
Спіраміцин	Макроліди	J01FA02
Стрептоміцин (в/в)	Аміноглікозиди	J01GA01
Тейкопланін	Глікопептиди	J01XA02
Тобраміцин	Аміноглікозиди	J01GB01
Фосфоміцин (per os)	Похідні фосфонової кислоти	J01XX01
Цефдінір	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD15
Цефдиторен	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD16
Цефепім	Цефалоспорины 4-го покоління	J01DE01
Цефіксим	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD08
Цефоперазон	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD12
Цефотаксим	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD01
Цефподоксим	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD13
Цефтазидим	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD02
Цефуроксим	Цефалоспорины 2-го покоління	J01DC02
Ципрофлоксацин	Фторхінолони	J01MA02

Перелік антибактеріальних лікарських засобів групи резерву (C), відповідно до адаптованої класифікації антибактеріальних лікарських засобів BOO3 AWaRe

Антибактеріальний лікарський засіб	Клас	АТС код
Азтреонам	Монобактами	J01DF01
Даптоміцин	Ліпопептиди	J01XX09
Колістин (в/в)	Поліміксини	J01XB01
Левовфлоксацин	Фторхінолони	J01MA12
Лінезолід	Оксазолідинони	J01XX08
Поліміксин В (в/в)	Поліміксини	J01XB02
Тайгециклін	Гліцилцикліни	J01AA12
Фосфоміцин (в/в)	Похідні фосфонової кислоти	J01XX01

Антибактеріальний лікарський засіб	Клас	АТС код
Цефтазидим/авібактам	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD52
Цефтриаксон	Цефалоспорины 3-го покоління	J01DD04

Перелік антибактеріальних лікарських засобів, що в одиниці лікарської форми містять фіксовану комбінацію кількох діючих речовин, не рекомендованих до використання відповідно до AWaRe BOOЗ класифікації антибактеріальних лікарських засобів

Антибактеріальний лікарський засіб
Азитроміцин/флуконазол/секнідазол
Амікацин/цефепім
Левовфлоксацин/орнідазол
Офлоксацин/орнідазол
Цефепім/сульбактам
Цефоперазон/сульбактам
Цефтазидим/сульбактам
Цефтриаксон/сульбактам
Цефтриаксон/тазобактам
Ципрофлоксацин/орнідазол
Ципрофлоксацин/тинідазол

AWaRe – розроблена експертами BOOЗ класифікація антибактеріальних лікарських засобів, яка включає групи: Access – Доступу, Watch – Спостереження та Reserve – Резерву; АТС код – індивідуальний номер лікарського засобу в анатомо-терапевтично-хімічній класифікації.

Перелік розроблено на основі класифікації BOOЗ AWaRe (редакція 2025 року) з урахуванням національної адаптації класифікації антибактеріальних лікарських засобів. У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу. АЛЗ призначають, враховуючи наявність лікарських засобів у Державному реєстрі лікарських засобів.

Додаток 6
до Стандарту «Раціональне застосування
протимікробних лікарських засобів з
лікувальною та профілактичною метою у
закладах охорони здоров'я, що надають
спеціалізовану медичну допомогу»
(підпункт 3 пункту 31 розділу II)

Схема переведення пацієнта з парентеральної (внутрішньовенної) на ентеральну лікарську форму антибактеріального лікарського засобу

Попередньо призначений АЛЗ у парентеральній (внутрішньовенній) лікарській формі	Рекомендований АЛЗ в ентеральній лікарській формі
ампіцилін	амоксацилін
бензилпеніцилін	амоксацилін
цефтриаксон	амоксацилін/клавуланова кислота або цефіксим
цефуроксим	цефуроксим
цефотаксим	цефподоксим або цефіксим
цефазолін	цефалексин
азитроміцин	азитроміцин
klarитроміцин	klarитроміцин
кліндаміцин	кліндаміцин або лінкоміцин
лінкоміцин	кліндаміцин або лінкоміцин
левофлоксацин	левофлоксацин
ципрофлоксацин	ципрофлоксацин
лінезолід	лінезолід
метронідазол	метронідазол
сульфаметоксазол/триметоприм	сульфаметоксазол/триметоприм
флуконазол	флуконазол

Додаток 7
до Стандарту «Раціональне застосування
протимікробних лікарських засобів з
лікувальною та профілактичною метою у
закладах охорони здоров'я, що надають
спеціалізовану медичну допомогу»
(пункт 2 розділу III)

**Примірна форма бланку замовлення на
отримання ПЛЗ з аптеки ЗОЗ**

Заклад охорони здоров'я,
що надає
медичну допомогу в
стаціонарних умовах ³

Дата¹ _____

Відділення² _____

№ історії хвороби ⁴	Причина призначення ПЛЗ ⁵	Призначення ПЛЗ відповідно до СОП ⁶	Назва ПЛЗ ⁷	Доза ⁸	Лікарська форма ⁹	Кількість одиниць лікарської форми ¹⁰	Шлях введення ¹¹	Тривалість лікування ¹²	Дата наступного перегляду призначення ¹³

Старша медсестра відділення¹⁴ _____

Черговий лікар¹⁵ _____

Примітки.

- ¹ зазначається день, місяць і рік заповнення форми бланку замовлення на отримання ПЛЗ з аптеки ЗОЗ.
- ² зазначається назва відділення (структурний підрозділ ЗОЗ), в якому пацієнт отримує ПЛЗ-терапію.
- ³ зазначається назва ЗОЗ, що надає медичну допомогу в стаціонарних умовах, в якому лікується пацієнт.
- ⁴ зазначається номер карти стаціонарного хворого (форма № 003/о).
- ⁵ зазначається причина призначення ПЛЗ (лікування/профілактика інфекційної хвороби/ синдрому).
- ⁶ зазначається посилання на джерело призначення ПЛЗ (СОП з адміністрування призначення ПЛЗ, розроблений ВІК ЗОЗ та включає найбільш розповсюджені інфекційні хвороби та синдроми, але не обмежуються ними: сепсис, пневмонія (негоспітальна/госпітальна, вентилятор-асоційована), інфекції сечових шляхів, пієлонефрит, бактеріальний ендокардит, остеомієліт, ентерококова бактеріємія, стафілококова бактеріємія, перитоніт, менінгіт, інфекції шкіри та м'яких тканин).
- ⁷ зазначається назва ПЛЗ (основна діюча речовина/МНН).
- ⁸ зазначається доза чи концентрація основної діючої речовини/МНН (г, мг, МО, OD).
- ⁹ зазначається лікарська форма ПЛЗ (таблетки, капсули, флакони, ампули, небули).
- ¹⁰ зазначається кількість одиниць лікарської форми.
- ¹¹ зазначається шлях введення ПЛЗ (перорально, внутрішньовенно, внутрішньокістково, внутрішньом'язово).
- ¹² зазначається передбачувана тривалість лікування (курс лікування/профілактики – год, дні).
- ¹³ зазначається дата наступного перегляду призначення ПЛЗ. Фармацевт клінічний ВІК ЗОЗ здійснює проспективний аудит із зворотним зв'язком на прохання лікаря та відповідно до визначеного переліку випадків.
- ¹⁴ зазначається прізвище, ініціали та підпис старшої медсестри відділення.
- ¹⁵ зазначається прізвище, ініціали та підпис чергового лікаря.
-

Додаток 8
до Стандарту «Раціональне застосування
протимікробних лікарських засобів з
лікувальною та профілактичною метою у
закладах охорони здоров'я, що надають
спеціалізовану медичну допомогу»
(пункт 17 розділ III)

Рекомендовані заходи, що спрямовані на обмеження використання окремих класів АЛЗ у ЗОЗ у стаціонарних умовах

I. Перелік практик використання протимікробних лікарських засобів, що сприяє розповсюдженню мікроорганізмів з ПМР та nereкомендовані та мають бути письмово обґрунтовані у випадку використання:

1) використання цефалоспоринів III покоління для емпіричної антибіотикотерапії інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (далі – ПНМД);

2) поєднання двох β -лактамних АЛЗ (цефалоспорино III/IV покоління з карбапенемами або цефалоспорино III/IV покоління з інгібіторзахищеними пеніцилінами, або карбапенемами з інгібіторзахищеними пеніцилінами);

3) призначення комбінації фторхінолонів та антипсевдомонадних карбапенемів (іміпенем/циластатин, меропенем);

4) призначати карбапенемами у ЗОЗ, де розповсюдженість ESBL низька, відповідно до даних локального мікробіологічного моніторингу;

5) поєднувати β -лактамі АЛЗ з аміноглікозидами або фторхінолонами, або поліміксинами для лікування інфекційних хвороб, що спричинені CRE, (комбіновану антибіотикотерапію необхідно якомога скоріше замінити монотерапією, спираючись на результати мікробіологічних досліджень);

6) поєднувати АЛЗ, що впливають на анаеробні мікроорганізми (наприклад, метронідазол з карбапенемами або метронідазол з інгібіторзахищеними пеніцилінами (ампіцилін/сульбактам, амоксицилін/клавуланова кислота або піперацилін/тазобактам) або метронідазол з лінкозамидами);

7) поєднувати декілька АЛЗ, що впливають на MRSA (даптоміцин з лінезолідом або даптоміцин з ванкоміцином або ванкоміцин з лінезолідом);

8) призначати АЛЗ проти MRSA за умови відсутності обґрунтованої або підтвердженої MRSA-інфекції у пацієнта;

9) призначати АЛЗ, що мають специфічну активність щодо грампозитивних мікроорганізмів, у ЗОЗ, де низькі рівні виявлення MRSA, відповідно до даних локального мікробіологічного моніторингу;

10) рутинно призначати з метою емпіричної антибіотикотерапії комбінацію респіраторних фторхінолонів з макролідами (моксифлоксацину або левофлоксацину з азитроміцином);

11) з метою проведення емпіричної антибіотикотерапії інфекційних хвороб верхніх та нижніх дихальних шляхів у якості першої лінії терапії призначати макроліди;

12) призначати цефтриаксон з метою лікування тяжких інфекційних хвороб, що спричинені MSSA (наприклад, бактеріємія, пневмонія), інфекційних хвороб, що спричинені *Enterobacter spp.* (оскільки серед *Enterobacter spp.* відзначається висока поширеність продуцентів β -лактамаз класу Amp-C), нейросифілісу;

13) призначати цефепім з метою лікування інфекційних хвороб, що спричинені *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella spp.* (оскільки, серед цих мікроорганізмів відзначається висока поширеність ESBL), за умови, що мінімальна інгібуюча концентрація (далі - МІК) цефтриаксону >1 мг/л;

14) призначати цефепім у комбінації з іншими β -лактамами широкого спектра дії (наприклад, меропенем, піперацилін/тазобактам);

15) призначати комбінацію бактерицидного та бактеріостатичного АЛЗ, за виключенням якщо таке поєднання передбачено стандартами медичної допомоги;

16) призначати цефтриаксон передчасно народженим немовлятам (термін вагітності менше 41 тижнів).

II. Заходи для зниження розповсюдження мікроорганізмів з резистентністю до антибактеріальних лікарських засобів при лікуванні інфекційних хвороб, зумовлених *S. Aureus*.

1. У випадку виявлення у пацієнта інфекційної хвороби, спричиненої MSSA, емпіричне призначення ванкоміцину внутрішньовенно необхідно замінити на β -лактамний АЛЗ, відповідно до отриманих результатів мікробіологічних досліджень та чутливості до АЛЗ.

2. З метою лікування пацієнта з тяжким ураженням шкіри та/або м'яких тканин, що спричинене MRSA, необхідно призначити глікопептиди (ванкоміцин або тейкопланін) внутрішньовенно. У випадку неможливості призначення пацієнту ванкоміцину/тейкопланіну, слід розглянути призначення оксазолідинонів (лінезолід) або ліпопептидів (даптоміцин) внутрішньовенно. У випадку неефективності вищезазначених АЛЗ необхідно розглянути призначення гліцилциклінів (тайгециклін) внутрішньовенно.

3. З метою лікування пацієнта з неускладненою інфекцією нижніх сечових шляхів, спричиненою MRSA, слід призначити доксициклін, сульфаметоксазол/триметоприм або ципрофлоксацин перорально.

З метою лікування пацієнта з ускладненою інфекцією нижніх сечових шляхів, спричиненою MRSA, необхідно призначити глікопептиди (ванкоміцин або тейкопланін) внутрішньовенно. У випадку неможливості призначення пацієнту ванкоміцину/тейкопланіну, необхідно призначити даптоміцин внутрішньовенно.

Використовувати лінезолід внутрішньовенно з метою лікування інфекцій нижніх сечових шляхів не рекомендовано, через недосягнення достатніх концентрацій лікарського засобу у сечі.

4. АЛЗЗ метою лікування КАІСШ необхідно призначити однократне введення аміноглікозидів внутрішньовенно, за виключенням випадків виявлення ПМР до аміноглікозидів. У випадку неможливості призначення пацієнту аміноглікозидів (наприклад, резистентність до них MRSA, індивідуальна непереносимість), слід призначити одноразове введення глікопептиду внутрішньовенно (ванкоміцин або тейкопланін).

5. З метою лікування пацієнта з інфекційними хворобами кісток та/або суглобів (наприклад, остеомієліт, септичний артрит), що викликані MRSA, необхідно призначити глікопептиди (ванкоміцин або тейкопланін) внутрішньовенно. Тривале призначення глікопептидів внутрішньовенно потребує, за можливості, проведення ТЛМ. У випадку протипоказань до ванкоміцину/тейкопланіну, слід призначити даптоміцин або лінезолід внутрішньовенно.

Проведення хірургічного контролю джерела інфекції впродовж лікування інфекційних хвороб кісток та/або суглобів є обов'язковим.

Деєскалаційний підхід до антибіотикотерапії пацієнтів з інфекційними хворобами кісток та/або суглобів передбачає перехід на пероральний прийом кліндаміцину, сульфаметоксазолу/триметоприму, доксицикліну або лінезоліду, відповідно до даних чутливості до АЛЗ збудника хвороби. Пероральне використання рифампіцину або фторхінолонів дозволено виключно у комбінації з іншими АЛЗ, відповідно до даних чутливості до АЛЗ збудника хвороби.

6. З метою лікування пацієнта з неускладненою бактеріємією, спричиненою MRSA, необхідно призначити ванкоміцин внутрішньовенно. У випадку неможливості призначення

пацієнту глікопептидів, слід призначити лінезолід внутрішньовенно. У випадку неефективності вищезазначених АЛЗ необхідно призначити даптоміцин або тейкопланін внутрішньовенно. Заборонено використовувати сульфаметоксазол/триметоприм як засіб першої лінії для лікування бактеріємії, спричиненої MRSA, однак слід розглянути можливість його застосування при переході на пероральний прийом з метою деескалації антибіотикотерапії, відповідно до даних чутливості MRSA до АЛЗ.

7. З метою лікування пацієнта з некротизуючою пневмонією, спричиненою MRSA, слід призначити лінезолід внутрішньовенно.

8. З метою лікування пацієнта з внутрішньогоспітальною пневмонією (включно з ВАП), спричиненою MRSA, необхідно призначити ванкоміцин або лінезолід внутрішньовенно. Введення даптоміцину даній категорії пацієнтів протипоказано внаслідок його інактивації сурфактантом легень.

9. З метою лікування пацієнта з тяжкою інфекцією верхніх дихальних шляхів (в тому числі ЛОР-органів), що спричинена MRSA, слід призначити глікопептиди внутрішньовенно (ванкоміцин або тейкопланін). Якщо захворювання має легкий або середній ступінь тяжкості необхідно призначити доксициклін або сульфаметоксазол/триметоприм перорально, відповідно до даних чутливості MRSA до АЛЗ.

10. З метою лікування пацієнта з внутрішньочерепними або спінальними абсцесами, спричиненими MRSA, слід призначити ванкоміцин або лінезолід внутрішньовенно. За відсутності протипоказань проведення хірургічного контролю джерела інфекції є обов'язковим.

11. З метою лікування пацієнтів з менінгітом, що спричинений MRSA, необхідно призначити ванкоміцин внутрішньовенно (монотерапія) або комбінацію ванкоміцину з рифампіцином. Проведення ТЛМ щодо ванкоміцину є обов'язковим, за можливості. У випадку неефективності внутрішньовенного введення ванкоміцину, лікарю рекомендовано розглянути доцільність інтравентрикулярного введення ванкоміцину.

Кліндаміцин, хлорамфенікол та лінезолід призначати з метою лікування менінгіту, спричиненого MRSA, заборонено, оскільки вони відносяться до бактеріостатичних АЛЗ.

III. Рекомендовані режими антибактеріальної терапії у випадках визначення або обґрунтованої підозри на наявність механізмів резистентності у збудника інфекційної хвороби

1. З метою лікування пацієнта з неускладненим циститом і наявної обґрунтованої підозри/підтвердження наявності грамнегативних-продуцентів ESBL, у якості емпіричної/стартової антибіотикотерапії слід призначити пероральні нітрофурани (нітрофурантоїн) або сульфаметоксазол/триметоприм. У випадку неможливості призначення пацієнту нітрофуранів (нітрофурантоїн) або сульфаметоксазолу/триметоприму, необхідно призначити перорально амоксицилін/клавуланову кислоту або внутрішньовенно аміноглікозиди (одноразове введення разової дози).

Пероральне призначення фосфоміцину з метою лікування пацієнта з неускладненим циститом показано виключно у випадку мікробіологічного підтвердження *E. coli*, оскільки інші грамнегативні-продуценти ESBL (*K. pneumoniae*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*. та *Serratia marcescens*) часто є носіями гену резистентності *fosA*.

З метою лікування пацієнта з неускладненим циститом і наявною обґрунтованою підозрою/підтвердженням наявності грамнегативних-продуцентів ESBL, призначати фторхінолони (ципрофлоксацин, левофлоксацин) або карбапенеми (ертапенем, іміпенем/циластатин, меропенем) слід виключно за умови терапевтичної невдачі попередньо призначеної антибіотикотерапії.

2. З метою лікування пацієнта з неускладненим циститом та обґрунтованої підозри/підтвердження наявності CRE, у якості емпіричної/стартової антибіотикотерапії слід призначати фторхінолони (ципрофлоксацин, левофлоксацин),

сульфаметоксазол/триметоприм, нітрофурани (нітрофурантоїн) або одноразове введення разової дози аміноглікозидів (амікацин).

Тривалу інфузію меропенему (до ерадикації збудника) необхідно призначити з метою лікування пацієнта з неускладненим циститом, що спричинений:

- 1) CRE, стійким до ертапенему, але чутливим до меропенему;
- 2) за неможливості лабораторного підтвердження продукції карбапенемаз;
- 3) з лабораторно підтвердженою відсутністю продукції карбапенемаз.

Призначати меропенем з метою лікування пацієнта з неускладненим циститом, що спричинений CRE (з лабораторно підтвердженою продукцією карбапенемаз), заборонено, в тому числі у випадку лабораторно підтвердженої чутливості CRE до меропенему.

У випадку неможливості призначення пацієнту вищезазначених АЛЗ, слід призначити цефтазидим/авібактам.

Призначення колістину необхідно розглядати виключно у випадку невдачі лікування вищезазначеними АЛЗ.

3. З метою лікування пацієнта з неускладненим циститом та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності *P. aeruginosa*, у якості емпіричної/стартової антибіотикотерапії слід використати цефтазидим/авібактам або внутрішньовенне введення разової дози аміноглікозидів (амікацин).

Призначення колістину необхідно розглядати виключно у випадку невдачі лікування вищезазначеними АЛЗ.

4. З метою лікування пацієнта з пієлонефритом або ускладненими інфекціями сечових шляхів (далі – уІСШ) та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності грамнегативних МАРР продуцентів ESBL, у якості емпіричної антибіотикотерапії слід призначити карбапенеми (ертапенем або іміпенем/циластатин, або меропенем), фторхінолони (ципрофлоксацин або левофлоксацин), або сульфаметоксазол/триметоприм.

5. З метою лікування пацієнта з пієлонефритом або уІСШ та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності CRE, слід призначити цефтазидим/авібактам.

Призначення тривалої інфузії меропенему (до ерадикації збудника) необхідне з метою лікування пацієнта з пієлонефритом або уІСШ, що спричинений:

- 1) CRE, стійким до ертапенему, але чутливим до меропенему;
- 2) за неможливості лабораторного підтвердження продукції карбапенемаз;
- 3) з лабораторно підтвердженою відсутністю продукції карбапенемаз.

Призначати меропенем з метою лікування пацієнта з пієлонефритом або уІСШ, що спричинений CRE (з лабораторно підтвердженою продукцією карбапенемаз), заборонено, в тому числі у випадку лабораторно підтвердженої чутливості CRE до меропенему.

У випадку неможливості призначення пацієнту вищезазначених АЛЗ, слід використати введення разової дози аміноглікозидів (амікацин).

6. З метою лікування пацієнта з пієлонефритом або уІСШ та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності *P. aeruginosa*, у якості емпіричної антибіотикотерапії необхідно призначити цефтазидим/авібактам..

Призначення колістину необхідно розглядати виключно у випадку невдачі лікування вищезазначеними АЛЗ.

У випадку неможливості призначення пацієнту вищезазначених АЛЗ, слід використати введення добової дози аміноглікозидів (амікацин).

7. З метою лікування пацієнта з інфекційною хворобою (інфекційним запаленням) поза сечовими шляхами та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності грамнегативних продуцентів ESBL, у якості емпіричної/стартової антибіотикотерапії необхідно призначити карбапенеми (ертапенем або іміпенем/циластатин, або меропенем).

8. З метою лікування пацієнта з інфекційною хворобою (інфекційним запаленням) поза сечовими шляхами та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності CRE, слід призначити тривалу інфузію (до ерадикації збудника) меропенему, якщо:

- 1) CRE, стійкий до ертапенему та чутливий до меропенему;

- 2) за неможливості лабораторного підтвердження продукції карбапенемаз;
- 3) з лабораторно підтвердженою відсутністю продукції карбапенемаз.

Призначати меропенем з метою лікування пацієнта з інфекційною хворобою (інфекційним запаленням) поза сечовими шляхами та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності CRE з лабораторно підтвердженою продукцією карбапенемаз, заборонено, в тому числі у випадку лабораторно підтвердженої чутливості CRE до меропенему.

У випадку неможливості призначення пацієнту тривалої інфузії меропенему, в якості альтернативи необхідно призначити цефтазидим/авібактам.

9. З метою лікування пацієнта з інфекційною хворобою (інфекційним запаленням) поза сечовими шляхами та обґрунтованої підозри або підтвердженої наявності грамнегативних МАР – CRE (в тому числі карбапенемази, що продукуються *K. pneumoniae* – КРС), необхідно призначити цефтазидим/авібактам якщо:

- 1) CRE (в тому числі продуцент КРС), стійкий до ертапенему та стійкий до меропенему;

- 2) за неможливості лабораторного підтвердження продукції карбапенемаз;
- 3) з лабораторно підтвердженою відсутністю продукції карбапенемаз.

Пацієнтам з інтраабдомінальними інфекціями, що викликані CRE (в тому числі продуцентами КРС), рекомендовано призначити тайгециклін.

10. З метою лікування пацієнта з інфекційною хворобою (інфекційним запаленням) поза сечовими шляхами та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності грамнегативних МАР-продуцентів метало-β-лактамаз (включно з NDM, VIM та IMP), необхідно призначити цефтазидим/авібактам в комбінації з азтреонамом.

11. З метою лікування пацієнта з інфекційною хворобою (інфекційним запаленням) поза сечовими шляхами та обґрунтованої підозри/підтвердженої наявності грамнегативних МАР-продуцентів карбапенемази ОХА-48, слід призначити цефтазидим/авібактам.

Додаток 9
до Стандарту «Раціональне застосування протимікробних лікарських засобів з лікувальною та профілактичною метою у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу»
(пункт 1 розділу VII)

Примірна оцінка профілю безпеки ПЛЗ

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
β-лактами: пеніциліни, цефалоспорини, карбапенеми	Диспепсія, кропив'янка	Анафілактичний шок, набряк Квінке	Кандидоз порожнини рота та/або вагінальний кандидоз	Анамнез
β-лактами: амоксицилін/клавуланова кислота	Псевдоалергічні реакції (плямисто-папульозний висип), діарея, транзиторне підвищення трансаміназ, холестатичний гепатит			Контроль печінкових ферментів: АлАТ, АсАТ, ЛФ
β-лактами: цефалоспорини III-IV покоління	Діарея, флебіт при в/в введенні; цефтриаксон – псевдохолелітіаз	Гемолітична анемія; цефтриаксон - панцитопенія та гемолітична анемія; цефепім – енцефалопатія, панцитопенія, гострий інтерстиційний нефрит.	Селекція продуцентів β-лактамаз розширеного спектру, антибіотикасоційована діарея і псевдомембранозний коліт	При виникненні діареї – дослідження калу на токсини А і В <i>C.difficile</i> Контроль рівня креатиніну та білірубину у плазмі крові, загального аналізу крові
β-лактами: цефоперазон, цефоперазон/сульбактам	Діарея, флебіт при в/в введенні	Порушення згортання крові, ризик кровотеч при хірургічному втручанні	Селекція продуцентів β-лактамаз розширеного спектру, антибіотикасоційована діарея і псевдомембранозний коліт	Контроль показників згортання крові: тромбоцити, час згортання, міжнародне нормалізоване відношення (далі – МНВ)
β-лактами: антипсевдомонадні карбапенеми – іміпенем/циластатин, меропенем	Діарея	Судоми, епілептичні напади при захворюваннях центральної нервової системи (далі – ЦНС), черепно-мозковій травмі, епілепсії (іміпенем/циластатин)	Селекція полірезистентних штамів <i>P. aeruginosa</i>	При відсутності ризику <i>P. aeruginosa</i> потрібно використовувати ертапенем.

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
Аміноглікозиди	Запаморочення, головний біль, шум у вухах	Гостра ниркова недостатність, зниження слуху, нейросенсорна глухота, блокада нервово-м'язової передачі – взаємодія з недеполяризуючими міорелаксантами.	Мікоз, кандидоз ротової порожнини.	Контроль темпу діурезу, рівня сироваткового креатиніну та калію; аудіометрія. Тривалість терапії не більше 7 діб, з обов'язковою корекцією дози по кліренсу креатиніну; припинити введення перед оперативним втручанням.
Макроліди	Нудота, зниження апетиту, діарея, головний біль, транзиторне підвищення трансаміназ, холестатичний гепатит, флебіт при в/в введенні, подовження інтервалу QT	Пароксизмальна шлуночкова тахікардія і підвищення ризику раптової смерті (еритроміцин), некроз печінки	Селекція резистентних штамів <i>S. pneumoniae</i> і <i>Helicobacter pylori</i>	Контроль інтервалу QT і печінкових ферментів під час лікування; не призначати пацієнтам групи ризику аритмій (пацієнти похилого віку та/або із серцевими захворюваннями); не комбінувати із лікарськими засобами, які подовжують інтервал QT (антиаритмічні засоби, флуконазол, кетоконазол, домперидон, лоратадин, хлорпромазин, флуоксетин, галоперидол, дроперидол, фторхінолони)
Лінкозаміди	Діарея, глосит, стоматит, транзиторне підвищення рівня печінкових ферментів	Лейкопенія, тромбоцитопенія, порушення нервово-м'язової передачі, анафілаксія.	Антибіотикасоційована діарея і псевдомембранозний коліт	При виникненні діареї – дослідження калу на токсини A і B <i>C. difficile</i>
Фторхінолони	Диспепсія, транзиторне підвищення трансаміназ, головний біль, безсоння, тахікардія, біль і флебіт при в/в введенні, гіпо- і гіперглікемія	Токсична дія на ЦНС (судоми, галюцинації); тендиніти; пароксизмальна шлуночкова тахікардія і збільшення ризику раптової смерті (левофлоксацин, моксифлоксацин); підвищений ризик розриву черевної аорти, аневризми аорти; міастенія, периферична нейропатія; тромбоцитопенія; фототоксичність; некроз печінки	Антибіотикасоційована діарея і псевдомембранозний коліт. Високий потенціал до формування ПМР	Уникати, за можливості, призначення пацієнтам >60 років; контроль інтервалу QT і печінкових ферментів під час лікування; не призначати пацієнтам групи ризику аритмій (пацієнти похилого віку та/або із серцевими захворюваннями); не комбінувати із лікарськими засобами, які подовжують інтервал QT (антиаритмічні засоби, флуконазол, кетоконазол, домперидон, лоратадин, флуоксетин, галоперидол, дроперидол, макроліди); не поєднувати з

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
				теофіліном(ципрофлоксацином) і не призначати пацієнтам із судомами в анамнезі; впродовж використання захищати шкіру від прямих сонячних променів (одягом, топикальні засоби з фактором захисту не нижче SPF30). Протипоказані вагітним.
Ванкоміцин	Висип, підвищення температури тіла, дозозалежна тромбоцитопенія, нейтропенія	Гостра ниркова недостатність; гістамінові реакції при в/в введенні (синдром червоної людини) з тахікардією, зниженням артеріального тиску та можливою ішемією міокарду		Повільна в/в інфузія (не менше 1 години); контроль діурезу та креатиніну; корекція дози по кліренсу креатиніну; не призначати з нефротоксичними засобами та петльовими діуретиками
Даптоміцин	Тромбоцитопенія	Міопатія, еозинофільна пневмонія		Контроль КФК при застосуванні більше 7 діб; при появі або погіршенні симптомів ураження легень – КТ
Лінезолід	Диспепсія, порушення смаку, зміна кольору язика, головний біль, безсоння, транзиторне підвищення трансаміназ	Тромбоцитопенія, периферична нейропатія, нейропатія зорового нерву		Не застосовувати більше 28 діб; контроль тромбоцитів; являється інгібітором MAO – не призначати разом з псевдоефедріном, епінефріном, допаміном, інгібіторами зворотного захоплення серотоніну
Доксициклін	Ерозії та виразки стравоходу при пероральному прийомі доксицикліну, нудота	Фотосенсибілізація		При пероральному прийомі рекомендовано використовувати доксициклін у вигляді таблеток, капсули та запивати великою кількістю води. Впродовж використання захищати шкіру від прямих сонячних променів (одягом, топикальних засобів з фактором захисту не нижче SPF30). Протипоказаний вагітним.
Тайгециклін	Нудота, блювота	Гострий панкреатит, фототоксичність		

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
Поліміксин В	Нудота, блювання, парестезії, оніміння рук, нечіткість зору, роздратованість, атаксія	Гостра ниркова недостатність, нейротоксичність (порушення свідомості, блокада нервово-м'язової передачі із дихальною недостатністю, зупинка дихання)		Контроль діурезу та креатиніну, корекція дози по кліренсу креатиніну; не призначати з нефротоксичними засобами
Метронідазол	Металічний присмак в роті, нудота; дисульфірамоподібний ефект (антабусна реакція)	Гепатит, нейротоксичність (периферична нейропатія, нейропатія зорового нерву)		Заборона вживання алкоголю, контроль трансаміназ
Нітрофурани	Диспепсія, гастралгія, запаморочення, головний біль, висип, транзиторне підвищення трансаміназ	Гепатит, нейротоксичність, інтерстиціальний пневмоніт з підвищенням температури тіла та еозинофілією, бронхоспазм, гемолітична анемія		При появі або погіршенні симптомів ураження легень - КТ
Сульфаметоксазол/триметоприм	Диспепсія, порушення смаку, головний біль, безсоння, висип, зміна забарвлення язика, транзиторне підвищення трансаміназ, кристалурія, підвищення температури тіла	Синдроми Стівенса-Джонсона та Ласлла, гемолітична анемія, апластична анемія, тромбоцитопенія, геморагічний васкуліт, фототоксичність		При довготривалому прийомі слід контролювати гемоглобін, тромбоцити, лейкоцити, трансамінази; достатнє вживання рідини
Рифампіцин	Помаранчеве забарвлення сечі, поту, сліз, підвищення температури тіла, міалгії, артралгії	Інтерстиціальний нефрит		Ризик лікарської взаємодії з багатьма засобами; контроль аналізу сечі
Флуконазол	Диспепсія, транзиторне підвищення трансаміназ, головний біль, порушення зору, тремор, випадіння волосся	Холестатичний гепатит, судоми, тромбоцитопенія, агранулоцитоз, подовження інтервалу QT		При довготривалому прийомі контроль АлАТ, АсАТ, ЛФ, білірубину, тромбоцитів, лейкоцитів
Ітраконазол	Нудота, біль в животі, алопеція, порушення менструального циклу	Анафілактичний шок, серцева недостатність, гіпокаліємія, гостра печінкова недостатність		Контроль печінкових ферментів і калію
Вориконазол	Підвищення температури тіла, периферичні набряки, нудота, блювання, діарея, болі в животі, головний біль, висип	Грипоподібний синдром, гематотоксичні реакції, гіпокаліємія, гіпоглікемія, порушення свідомості, депресія, тривога, тремор,		Контроль загального аналізу крові, калію, глюкози крові

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
		фототоксичність, набряк обличчя, пурпура, порушення зору		
Каспофунгін	Підвищення температури тіла, лихоманка, головний біль, блювання, діарея, зворотна тромбоцитопенія			Ризик лікарської взаємодії з багатьма засобами
Мікафунгін	Нудота, блювання, головний біль, транзиторне підвищення трансаміназ	Гепатит, гостра ниркова недостатність		При довготривалому прийомі контроль печінкових ферментів, креатиніну
Анідулафунгін	Нудота, блювання, головний біль			
Альбендазол	Підвищення температури тіла, епігастральний біль, нудота, блювання, діарея, головний біль, реакції гіперчутливості, кропив'янка	Вплив на плід при вагітності або плануванні вагітності; вплив на функцію кісткового мозку, в т.ч. апластична анемія		Жінкам репродуктивного віку застосовувати ефективні негормональні контрацептивні засоби під час та впродовж 1 місяця після лікування лікарським засобом. Тест на вагітність перед призначенням прийому альбендазолу. Не призначати альбендазол при вагітності або використанні допоміжних репродуктивних технологій.

SPF30 – топікальний сонцезахисний засіб з фактором захисту 30; АлАТ – аланінамінотрансфераза; АсАТ – аспартатамінотрансфераза; ЛФ – лужна фосфатаза; КФК – креатинфосфокіназа; МНВ – міжнародне нормалізоване відношення; КТ – комп'ютерна томографія; МАО – моноаміноксидаза; в/в – внутрішньовенний.

Додаток 10
до Стандарту «Раціональне застосування
протимікробних лікарських засобів з
лікувальною та профілактичною метою у
закладах охорони здоров'я, що надають
спеціалізовану медичну допомогу»
(підпункт 2 пункт 3 розділу VIII)

ФОРМА
моніторингу індикаторів якості медичної допомоги щодо раціонального
застосування антибактеріальних лікарських засобів з лікувальною та
профілактичною метою

Назва закладу охорони здоров'я	Дата проведення візиту (день, місяць, рік)	Рівень надання медичної допомоги (спеціалізована, спеціалізована у стаціонарних умовах)	Значення індикатору якості			
			Відсоток пацієнтів, яким призначено антибактеріальні лікарські засоби групи доступу	Відсоток пацієнтів, яким призначено антибактеріальні лікарські засоби групи спостереження	Відсоток пацієнтів, яким призначено антибактеріальні лікарські засоби групи резерву	Відсоток пацієнтів, яким антибактеріальні лікарські засоби призначено після забору зразку біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження
