

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

СТАНДАРТ

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

Розробники

Кузін Ігор Володимирович	заступник Міністра охорони здоров'я – головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи;
Хайтович Микола Валентинович	завідувач 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 PATH (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.
-------------------------------	---

Перелік умовних позначень та скорочень

АлАТ	аланінамінотрансфераза
АЛЗ	антибактеріальний лікарський засіб
АМР	антимікробна резистентність
антибіотикотерапія	антибактеріальні лікарські засоби для системного застосування
АсАТ	аспартатамінотрансфераза
АТС	анатомо-терапевтично-хімічна класифікація лікарських засобів
ВАРІТ	відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії
в/в	внутрішньовенно
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу
ІОХВ	інфекція області хірургічного втручання
КТ	комп'ютерна томографія
КФК	креатинфосфокіназа
ЛФ	лужна фосфатаза
МАО	моноаміноксидаза
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МНН	міжнародна непатентована назва
МПМР	множинна резистентність до протимікробних лікарських засобів
пESBL	продуценти β-лактамаз розширеного спектру
ПЛЗ	протимікробний лікарський засіб
ПМР	протимікробна резистентність
протівірусна терапія	лікування протівірусними лікарськими засобами для системного застосування
протимікробна терапія	антибактеріальна/антифунгальна/протівірусна/протипаразитарна терапія системної дії
протипаразитарна терапія	лікування протипаразитарними лікарськими засобами для системного застосування
ТЛМ	терапевтичний лікарський моніторинг
ХОЗЛ	хронічне обструктивне захворювання легень
ЦНС	центральна нервова система
ESBL	β-лактамази розширеного спектру дії
MRSA	метицилінорезистентний <i>Staphylococcus aureus</i>
ФОП	фізична особа-підприємець, яка зареєстрована в установленому законом порядку та одержала ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики
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,

zareestrovanim v Ministerstvi yustitsii Ukraini 28 kvitnya 2012 roku za №661/20974

Форма № 111/о

forma pervinnoi oblikovoi dokumentatsii № 111/o «Individual'na karta vagitnoi i porodil'li», zatverdzhena nakazom Ministerstva okhroni zdorov'ya Ukraini vid 27 grudnya 1999 roku № 302

I. Загальні положення

1. Цей Стандарт розроблений на виконання підпункту 1 пункту 7 Операційного плану заходів 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 року № 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/противірусної/протипаразитарної терапії системної дії (далі – протимікробна терапія) в закладах охорони здоров'я, що надають первинну 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 поширюється на вимоги до призначення парентеральної периопераційної антибіотикопрофілактики, а також призначення протимікробних лікарських засобів (далі – ПЛЗ) новонародженим.

3. Цей Стандарт призначений для керівників ЗОЗ, їхніх заступників 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, противірусні та протипаразитарні лікарські засоби.

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

5. Кожне призначення протимікробної терапії повинно бути письмово обґрунтоване у формі первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № », затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі – форма № 025); формі первинної облікової документації № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302; або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я.

6. Обґрунтування призначення протимікробної терапії повинно містити:

- 1) встановлене або з високою ймовірністю підозрюване захворювання інфекційної етіології та критерії, які враховувались для призначення протимікробної терапії;
- 2) назва ПЛЗ зазначається у формі міжнародної непатентованої назви (далі – МНН);
- 3) доза, лікарська форма, кратність та шлях введення ПЛЗ;
- 4) передбачувана тривалість терапії ПЛЗ;
- 5) дата наступного перегляду та/або припинення призначеної терапії ПЛЗ.

7. Призначення ПЛЗ пацієнтам здійснюється відповідно до вимог виписування рецептів, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я від 19 липня 2005 року № 360, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 20 липня 2005 року за № 782/11062.

8. Перед початком прийому ПЛЗ лікар надає зрозумілою мовою та у доступний для пацієнта (його родичів/законних опікунів) спосіб 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 терапії ПЛЗ;
- 5) особливості взаємодії ПЛЗ з їжею або з іншими лікарськими засобами;
- 6) ознаки розвитку можливих побічних реакцій, внаслідок прийому призначеного ПЛЗ та способи їх усунення;
- 7) план дій на випадок неефективності призначеної терапії ПЛЗ та/або погіршення загального клінічного стану пацієнта;
- 8) важливість дотримання курсу та режиму ПЛЗ та пояснюються наслідки недотримання пацієнтом лікування.

9. Призначення протимікробної терапії на вимогу/прохання пацієнтів, їх родичів або законних опікунів, за умови відсутності ознак інфекційної хвороби, заборонено. Лікар зобов'язаний зрозумілою мовою та у доступний спосіб для пацієнта (його родичів/законних опікунів) надати інформацію про інфекційну хворобу, необхідність уникнення протимікробної терапії та клінічні ознаки ускладнень інфекційної хвороби або симптоми приєднання вторинної бактеріальної ко-інфекції/суперінфекції, які вимагатимуть початку проведення терапії.

10. У ЗОЗ/ФОП, 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. Лікування антибактеріальними (анатомо-терапевтично-хімічна класифікація лікарських засобів (далі - АТС J01)) лікарськими засобами для системного застосування (далі – антибіотикотерапія) слід розпочинати лише у випадку наявності у пацієнта лабораторно підтвердженої або з високою ймовірністю підозрюваної бактеріальної хвороби.

2. Для прийняття рішення щодо доцільності початку та призначення емпіричної антибіотикотерапії потрібні клінічно-лабораторні ознаки інфекційної хвороби, спричиненої бактеріями. Надалі пацієнт направляється на додаткове обстеження відповідно до стандарту медичної допомоги відповідної нозології.

3. Вибір емпіричного режиму антибіотикотерапії повинен враховувати типи/групи пацієнтів з інфекційною хворобою, спричиненою бактеріями та ризик наявності множинної резистентності до протимікробних лікарських засобів (далі – МПМР), відповідно до положень додатку 1 до цього Стандарту.

4. Необхідно отримати зразок біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження з метою ідентифікації збудника інфекційної хвороби, спричиненої бактеріями перед призначенням антибактеріального лікарського засобу (далі – АЛЗ) якщо пацієнт відповідає критеріям типу II та/або має ризик наявності МПМР.

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 осередку запалення, клінічної картини) та його можливої резистентності до обраного АЛЗ (наприклад, дані національної кумулятивної антибіотикограми). Також потрібно враховувати умови виникнення хвороби бактеріальної етіології (госпітальна/позагоспітальна) та ризик наявності у пацієнта МПМР.

Вибір антибіотикотерапії для лікування інфікованих укусів тварин залежить від виду тварини, яка вкусила пацієнта, та призначається, за потреби, разом з профілактикою 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.

Вибір та призначення АЛЗ, зокрема з метою емпіричної антибіотикотерапії, здійснюється лікарем відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Рекомендації щодо режимів емпіричної антибактеріальної терапії окремих хвороб бактеріальної етіології наведено у додатку 2 до цього Стандарту.

6. Призначення антибіотикотерапії здійснюється індивідуалізовано з урахуванням особливостей фармакокінетики, включаючи коригування доз для пацієнтів з ожирінням та при нирковій недостатності.

7. 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.

8. Призначення АЛЗ для системного застосування (АТС J01) з метою профілактики інфекційної хвороби, спричиненої бактеріями, заборонено в таких випадках:

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

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

9. Заборонено призначення АЛЗ для системного застосування (АТС J01), що відносяться до групи резерву, відповідно додатку 3 до цього Стандарту, окрім випадків, передбачених у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

10. Антибіотикотерапія проводиться одночасно з проведенням хірургічного контролю осередку інфекційної хвороби (за потреби):

1) хірургічне розкриття та дренивання осередку інфекційної хвороби (абсцесів та флегмон);

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

Подовження антибіотикотерапії в якості заміни хірургічного контролю осередку інфекційної хвороби заборонено.

11. Призначення ін'єкційних лікарських форм ПЛЗ, включно з внутрішньом'язовим введенням, заборонено, за виключенням випадків, визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Лікарям заборонено призначати ін'єкційні лікарські форми ПЛЗ для самостійного введення пацієнтами або їх законними представниками вдома. Виняток становить бензатину бензилпеніцилін.

12. З метою проведення емпіричної антибіотикотерапії, рутинне призначення кількох АЛЗ, спектр активності яких включає всіх можливих мікроорганізмів (в тому числі коменсалів і бактерій, що вільно колонізують шкіру та слизові оболонки), заборонено.

13. Призначення кількох АЛЗ для лікування інфекційної хвороби, спричиненої бактеріями однієї локалізації, заборонено, за виключенням АЛЗ, що в одиниці лікарської форми містять фіксовану комбінацію кількох діючих речовин, або комбінованої антибіотикотерапії, визначеної галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

14. Не рекомендовано використання АЛЗ, що в одиниці лікарської форми містять фіксовану комбінацію кількох діючих речовин, наведених у додатку 3 до цього Стандарту.

15. У всіх випадках встановлення альтернативного (неінфекційного) діагнозу та/або скасування діагнозу хвороби бактеріальної етіології необхідно невідкладно припинити введення АЛЗ.

16. Лабораторне виявлення мікроорганізмів, які є типовими представниками локального мікробіому анатомічної ділянки, з якої було отримано біологічний зразок 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, які підлягають обов'язковій ерадикації.

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

18. У випадку лабораторного виявлення бактеріальних штамів, які є умовно-патогенними та/або патогенними мікроорганізмами і здатні викликати інфекційну хворобу, попередньо призначену антибіотикотерапію потрібно відкоригувати у строк, що не перевищує наступного робочого дня після отримання результатів, відповідно до встановленої чутливості мікроорганізмів до АЛЗ.

Якщо збудник має чутливість до більш ніж одного АЛЗ за МНН, лікар призначає АЛЗ, до якого немає протипоказань та який належить до групи AwaRe, що наведено в додатку 3 до цього Стандарту, з нижчим рівнем ризику розвитку антимікробної резистентності (далі - АМР) (тобто доступу> спостереження) та здатний проникати в анатомічну ділянку тіла, в якому локалізоване запалення.

19. Продовжувати антибіотикотерапію, обґрунтовуючи це збереженням окремих симптомів та/або ознак інфекційної хвороби, спричинених бактеріями (наприклад, субфебрильна температура тіла, помірний лейкоцитоз без зсуву лейкоцитарної формули за рахунок збільшення юних форм нейтрофілів, невелика кількість трахеального секрету), заборонено, окрім випадків, передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

20. Оцінка ефективності антибіотикотерапії, включно з рішенням щодо її припинення, проводиться лікарем на основі комплексу клінічних та лабораторних показників. Припинення антибіотикотерапії необхідно 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/ознак інфекційної хвороби, спричиненої бактеріями;

3) тенденція до нормалізації або нормалізація основних лабораторних показників (зниження лейкоцитозу, нейтрофіліозу, зменшення зсуву лейкоцитарної формули за рахунок юних форм нейтрофілів);

4) ерадикація збудника за результатами контрольного мікробіологічного дослідження (за наявності показань до його проведення).

III. Заходи, спрямовані на зменшення нераціонального використання антибактеріальних лікарських засобів

1. Лікар може застосувати вичікувальну 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 передбачуваної вірусної етіології, що має самолімітуючий характер і не потребує антибіотикотерапії, але має високий ризик розвитку вторинної бактеріальної ко-інфекції/суперінфекції;

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

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

2. Лікарю необхідно проводити оцінку ефективності антибіотикотерапії та доцільність її продовження або зміни кожні 48-72 години після початку введення АЛЗ, в тому числі шляхом дистанційного медичного спостереження, із врахуванням:

1) динаміки проявів симптомів інфекційної хвороби, в тому числі лабораторних даних;

2) загального клінічного стану пацієнта;

3) даних щодо чутливості до АЛЗ (за наявності).

Одразу після початку прийому АЛЗ пацієнтом (до 48 годин), оцінювати ефективність лікування не рекомендовано. Виключенням є випадок отримання результатів мікробіологічного дослідження, що вказують на необхідність корекції антибіотикотерапії. У випадку швидкого погіршення клінічного стану направити пацієнта до закладу охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

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. Виявлення у пацієнта без ознак інфекційного запалення штамів грибів-коменсалів (за результатами мікробіологічного дослідження) не є причиною

(показанням) для призначення антифунгальних засобів (використання антифунгальних лікарських засобів з метою лікування пацієнта заборонено), за виключенням визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я грибів, які підлягають обов'язковій ерадикації.

Персистенція грибів у нестерильному локусі або виділення із нестерильного локусу нового штаму грибів без клінічних симптомів інфекційної хвороби, спричиненої грибами, у пацієнта не може слугувати обґрунтуванням для початку, продовження або корекції антифунгальної терапії. Виділення мікроорганізмів зі стерильного локусу за відсутності клінічних симптомів, симптомів інфекційної хвороби, спричиненої грибами, у пацієнта може свідчити про контамінацію зразка біологічного матеріалу грибами та потребує повторного отримання матеріалу для проведення мікробіологічних досліджень.

Азоли призначаються за наявності мікробіологічно підтвердженого інфікування *Candida albicans*.

3. Призначення антифунгальної терапії проводиться індивідуалізовано з урахуванням особливостей фармакокінетики лікарського засобу для кожного пацієнта окремо. Шлях введення антифунгальних лікарських засобів слід обирати таким чином, щоб досягти фунгіцидних концентрацій антифунгального лікарського засобу в тканинах ділянки осередка грибкової інфекції.

4. Призначення антифунгальних лікарських засобів здійснюється лікарем з урахуванням епідеміологічних даних, чинників ризику, даних мікробіологічних та інших лабораторних досліджень, а також симптомів та перебігу хвороби.

5. Імунокомпетентним пацієнтам, які отримують антибіотикотерапію, заборонено призначати антифунгальні лікарські засоби з профілактичною метою.

6. При встановленні альтернативного діагнозу або скасуванні діагнозу мікозу необхідно припинити призначення антифунгального лікарського засобу.

7. У ЗОЗ/ФОП вибір та призначення антифунгальних лікарських засобів здійснюється лікарем відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та нормативно-правових актів, затверджених МОЗ.

V. Загальні принципи раціонального призначення протівірусних лікарських засобів

1. Лікування протівірусними (АТС J05) лікарськими засобами для системного застосування (далі – протівірусна терапія) слід розпочинати щодо ідентифікованого/обґрунтовано підозрюваного збудника інфекційної хвороби, спричиненої вірусами.

2. Для прийняття рішення щодо доцільності початку протівірусної терапії потрібно використовувати методи прищвидженої ідентифікації збудника інфекційної хвороби, а також враховувати лабораторні, клініко-діагностичні критерії вірусних інфекцій.

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

4. Призначати протівірусні лікарські засоби для гострих самолімітуючих вірусних інфекційних хвороб заборонено, якщо інше не визначено галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

5. Призначення протівірусних лікарських засобів для системного застосування (АТС J05) з метою профілактики інфекцій заборонено в таких випадках:

- 1) відсутність показань до профілактичного використання протівірусного лікарського засобу в інструкції для медичного застосування лікарського засобу;
- 2) відсутність показань до профілактичного використання даного протівірусного лікарського засобу у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

6. У ЗОЗ/ФОП кожне призначення протівірусних лікарських засобів повинно бути письмово обґрунтоване у медичній карті.

7. Протівірусна терапія проводиться пероральним протівірусним лікарським засобом, окрім випадків передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

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

9. Призначення протівірусних лікарських засобів неспецифічної дії (індуктори інтерферону, імуностимулятори тощо) для лікування інфекційних хвороб, спричинених вірусами, заборонено, окрім випадків, визначених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

VI. Загальні принципи раціонального призначення протипаразитарних лікарських засобів

1. Лікування протипаразитарними лікарськими засобами (АТС P01-03) для системного застосування (далі – протипаразитарна терапія) слід розпочинати при ідентифікованому збуднику/обґрунтованій підозрі на інфекційну хворобу, спричиненої паразитом.

2. Для прийняття рішення щодо доцільності початку протипаразитарної терапії потрібно використовувати методи пришивдшеної ідентифікації збудника інфекційної хвороби, спричиненої паразитом.

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 у випадках відсутності показань до профілактичного використання в інструкції для медичного застосування лікарського засобу або у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

5. Кожне призначення протипаразитарних лікарських засобів повинно бути письмово обґрунтовано в медичній карті.

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

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

8. При призначенні протипаразитарних лікарських засобів для пацієнтів зі збереженою репродуктивною функцією лікар збирає 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 відносно мікроорганізмів складають перелік ключових чинників, що впливають на вибір раціональної протимікробної терапії. Оцінка профілю безпеки ПЛЗ наведена у додатку 4 до цього Стандарту.

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

3. Реєстрація та звітування 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. До тяжких реакцій гіперчутливості на введення протимікробного лікарського засобу належать:

- 1) синдром Стівенса-Джонсона;
- 2) синдром Лаєлла (токсичний епідермальний некроліз);
- 3) гострий інтерстиційний нефрит;
- 4) гемолітична анемія;
- 5) DRESS-синдром (шкірний висип, еозинофілія, гарячка, ураження печінки, нирок, легень або серця);
- 6) гострий генералізований екзантематозний пустульоз;
- 7) анафілаксія (анафілактична реакція або шок);
- 8) васкуліт, зумовлений лікарським засобом.

5. 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.

6. 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. Необхідно уникати призначення цефалексину пацієнтам з відомою алергією на амоксицилін або ампіцилін.

7. 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. Необхідно уникати проведення специфічної десенситизації та внутрішньошкірних проб (прик-тест).

8. 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.

9. За наявності в анамнезі пацієнта імуніопосередкованої реакції гіперчутливості на введення бензилпеніциліну/цефалоспоринів, слід уникати призначення β-лактамних АЛЗ.

10. За наявності в анамнезі пацієнта неімуніопосередкованої реакції гіперчутливості на введення бензилпеніциліну - призначення інших β-лактамних АЛЗ є безпечним.

11. 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).

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

13. Контактні проби (шкірний прик-тест) як перший етап обстеження для виявлення гіперчутливості до АЛЗ в усіх випадках не рекомендовані.

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.

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 призначенню АЛЗ групи доступу, як АЛЗ з меншим потенціалом до поширення АМР, менш кошовних та з вузьким спектром дії.

Бажаний рівень значення індикатора: 90% і вище.

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 карти 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 карт з призначенням АЛЗ, пацієнтам, причому у вибірці мають бути представлені медичні карти з усіх структурних підрозділів.

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

Чисельник індикатора складає: загальна кількість призначень АЛЗ, що відносяться до групи доступу, перелік яких наведено у додатку 3 до цього Стандарту.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; форма № 111/о; 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 10%.

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 карти 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 карт з призначенням АЛЗ амбулаторним пацієнтам, причому у вибірці мають бути представлені медичні карти з усіх структурних підрозділів.

Знаменник індикатора складає загальний кількість призначень АЛЗ у вбірці зі 100 медичних карт.

Чисельник індикатора складає: загальна кількість призначень АЛЗ, що відносяться до групи спостереження, перелік яких наведено в додатку 3 до цього Стандарту

Джерелом інформації є: форма № 025/о; форма № 111/о; 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 у ЗОЗ заборонено використовувати окрім випадків передбачених у галузевих стандартах у сфері охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора: 0%.

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 карти 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 МОЗ України відповідної адміністративно-територіальної одиниці при особистому візиті до ЗОЗ. Аналізуються 100 медичних карт з призначенням АЛЗ пацієнтам, причому у вибірці мають бути представлені медичні карти з усіх структурних підрозділів).

Знаменник індикатора складає загальний кількість призначень АЛЗ у вбірці зі 100 медичних карт.

Чисельник індикатора складає: загальна кількість призначень АЛЗ, які відносяться до групи резерву, перелік яких наведено в додатку 3 до цього Стандарту

Джерелом інформації є форма № 025/о; форма № 111/о; 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. 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 5 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 15 квітня 2004 року №205 «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ».
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції 21 березня 2018 року за № 348/31800.

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 09 квітня 2021 року № 688 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий середній отит».

13. 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».

14. 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».

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

16. 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».

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

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

**Директор
Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН

Додаток 1
до Стандарту «Раціональне
застосування протимікробних
лікарських засобів з лікувальною та
профілактичною метою у закладах
охорони здоров'я, що надають
первинну медичну допомогу»
(пункт 3 розділу II)

**Стратифікація пацієнтів, які потребують призначення протимікробних лікарських засобів, з
урахуванням ризику наявності мікроорганізмів з протимікробною резистентністю 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	Нозокоміальна без факторів ризику щодо наявності мікроорганізмів пESBL	Нозокоміальна з факторами ризику щодо наявності мікроорганізмів пESBL	Нозокоміальна 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 діб), перебування в закладах довготривалого догляду) або госпіталізація тривалістю понад 48 годин впродовж останніх 3 місяців.	Тривалість перебування в стаціонарі 7 і менше діб (поза відділенням анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії (далі - ВАРІТ), відсутність оперативних втручань	Тривалість перебування в стаціонарі більше 7 діб (у ВАРІТ більше 3 діб) або ІОХВ	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)
Антибіотикотерапія тривалістю більше однієї доби	Відсутність антибіотикотерапії за останні 90 діб	Попередня антибіотикотерапія впродовж останніх 90 діб (з будь-якої причини); попереднє лікування	Не отримував антибіотикопрофілактику за останні 24 години і більше	Попередня антибіотикотерапія	колонізація <i>Candida spp.</i> 1. наявність двох і більше факторів ризику інвазивного кандидозу:

Пацієнт	Тип I	Тип II	Тип IIIa	Тип IIIb	Тип IV
		інфекції, що викликана мікроорганізмом з МПМР.			-внутрішньовенно (далі - в/в катетер; -лапаротомія; -повне парентеральне харчування; -застосування глюкокортикоїдів або імуносупресантів
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	
Додаткові фактори ризику наявності мікроорганізмів із МПМР	Відсутні	Перебування в країнах з високим рівнем поширення 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>

Примітки: імуносупресивний стан (вроджений імунодефіцит; прийом хіміотерапевтичних лікарських засобів для лікування онкологічних захворювань; трансплантація стовбурових гемопоетичних клітин; трансплантація органів; вірус імунодефіциту людини (далі - ВІЛ-інфекція) III-IV стадії; тривалий прийом глюкокортикостероїдів та/або інших лікарських засобів, що мають імуносупресивний вплив; променеве лікування).

Додаток 2
до Стандарту «Рациональне
застосування протимікробних
лікарських засобів з лікувальною та
профілактичною метою у закладах
охорони здоров'я, що надають
первинну медичну допомогу»
(пункт 5 розділу II)

**Режими емпіричної антибактеріальної терапії щодо окремих хвороб бактеріальної етіології
відповідно до «WHO AWaRe (access, watch, reserve) antibiotic book»**

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Гострий бронхіт	Терапія АЛЗ не показана			
Гострий середній отит <i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	Діагностику та терапію проводять відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий середній отит», затвердженого наказом МОЗ України від 09.04.2021 № 688			Більшість легких і середньотяжких випадків не вимагають терапії АЛЗ. Рішення індивідуальне. Виключення: двобічний отит у дітей до 2-х років потребує АЛЗ
Гострий тонзиліт <i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	Діагностику та терапію проводять відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тонзиліт», затвердженого наказом МОЗ України від 06.04 2021 року № 639			АЛЗ не призначається без підтвердження/задокументованої та обґрунтованої підозри на бактеріальну етіологію. 70-80% випадків викликаються вірусами та не потребують АЛЗ.

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
Гострий фарингіт <i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	Перший вибір: Амоксицилін 500 мг перорально кожні 8 годин Другий вибір: Цефалексин 500 мг перорально кожні 8 годин Або: Кларитроміцин 500 мг перорально кожні 12 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: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Другий вибір: 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 Або: Кларитроміцин 7,5 мг/кг/дозу перорально кожні 12 годин	Низький ризик ревматичної лихоманки: 5 діб Високий ризик ревматичної лихоманки: 10 діб При лікування цефалексином або кларитроміцином - завжди 5 діб	АЛЗ не призначається без підтвердження/задокументованої та обґрунтованої підозри на бактеріальну етіологію. 80% випадків викликаються вірусами та не потребують АЛЗ. В разі бактеріальної етіології, АЛЗ скорочує тривалість симптомів на 1 день. Виключення: попередження ревматичної лихоманки в ендемічних умовах.
Гострий риносинусит <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	5 діб	Діагностику та терапію проводять відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гострий риносинусит», затвердженого наказом МОЗ України від 13.10.2023 № 1793

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		≥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 ≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин		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
Інфекції порожнини рота та стоматологічні інфекції <i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	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 *при інфекції м'яких тканин зуба слід розглянути метронідазол	За достатнього контролю джерела інфекції: 3 дні Без контролю джерела: 5 діб	Переважна більшість випадків не потребують АЛЗ. Обов'язково потребують хірургічного контролю джерела. Стани, при яких варто розглянути призначення АЛЗ: - у пацієнтів з тяжким інфекційним процесом, що поширюється і має системні ознаки (наприклад, набряк обличчя, неможливість відкрити рот, лихоманка ≥ 38,0°C, тахікардія); - абсцес, перикороніт, некротизуючі ураження періодонту, нома
Локалізований гострий бактеріальний лімфаденіт	Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+125 мг перорально кожні 8 годин	Амоксицилін+клавуланова кислота 80-90 мг/кг/дозу перорально (по амоксициліну):	5 діб	Більшість випадків має вірусну причину і не потребує АЛЗ.

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
<i>АЛЗ не призначається рутинно</i>	Або: Цефалексин 500 мг перорально кожні 8 годин	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		
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	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	
Позагоспітальна пневмонія Проводити оцінку CURB-65/CRB-65	Легка і середньотяжка: Перший вибір: Амоксицилін 500 мг перорально кожні 8 годин Другий вибір: Амоксицилін+клавуланова кислота	Легка і середньотяжка: 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	5 діб Діти: 3 дні в місцевості з низьким розповсюдженням ВІЛ, без виражених респіраторних порушень	Діагностику та терапію у дітей проводять відповідно до Стандартів медичної допомоги «Позалікарняна пневмонія у дітей», затверджений наказом МОЗ України, затверджений наказом МОЗ України від 02.08.2022 №1380

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки																				
	500 мг+125 мг перорально кожні 8 годин Або: Доксициклін 100 мг кожні 12 годин перорально Тяжка (потреба у госпіталізації при CURB-65≥2)	≥20 кг: 500 мг кожні 6 годин або 1 г кожні 12 годин Тяжка (потреба у госпіталізації CURB-65≥2)	5 діб: в місцевості з високим розповсюдженням ВІЛ або при виражених респіраторних порушеннях	Критерії та оцінювання CURB-65, а також рішення щодо лікування позалікарняної пневмонії: <table><tr><th>Критерій</th><th>Бали</th></tr><tr><td>Поява сплутаності свідомості</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><tr><td>Сечовина >19 мг/дл (або > 7 ммоль/л)*</td><td>1</td></tr></table> *сечовина не потрібна для розрахунку балу за шкалою CRB-65, що є модифікацією балу CURB-65, яка не потребує лабораторних досліджень. <table><tr><th>Оцінка CURB-65/оцінка CRB-65</th><th>Де лікувати</th></tr><tr><td>0–1</td><td>Амбулаторне лікування Низький 30-денний ризик смертності (< 1,5%)</td></tr><tr><td>2</td><td>Госпіталізація, 30-денний ризик смертності ≈10%</td></tr><tr><td>≥3</td><td>Госпіталізація до ВАРІТ Високий 30-денний ризик смертності (≈ 20%)</td></tr></table>	Критерій	Бали	Поява сплутаності свідомості	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	Сечовина >19 мг/дл (або > 7 ммоль/л)*	1	Оцінка CURB-65/оцінка CRB-65	Де лікувати	0–1	Амбулаторне лікування Низький 30-денний ризик смертності (< 1,5%)	2	Госпіталізація, 30-денний ризик смертності ≈10%	≥3	Госпіталізація до ВАРІТ Високий 30-денний ризик смертності (≈ 20%)
Критерій	Бали																							
Поява сплутаності свідомості	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																							
Сечовина >19 мг/дл (або > 7 ммоль/л)*	1																							
Оцінка CURB-65/оцінка CRB-65	Де лікувати																							
0–1	Амбулаторне лікування Низький 30-денний ризик смертності (< 1,5%)																							
2	Госпіталізація, 30-денний ризик смертності ≈10%																							
≥3	Госпіталізація до ВАРІТ Високий 30-денний ризик смертності (≈ 20%)																							
Загострення хронічного обструктивного захворювання легень (далі - ХОЗЛ) АЛЗ не призначається рутинно	Легкі та середньотяжкі випадки: Перший вибір: Амоксицилін 500 мг перорально кожні 8 годин Другий вибір: Цефалексин 500 мг кожні 8 годин перорально Або: Доксициклін		5 діб	Діагностика та лікування проводиться згідно з Уніфікованим клінічним протокол первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень», затвердженого наказом МОЗ України від 20.09.2024 № 1610.																				

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	100 мг кожні 12 годин перорально Тяжкі випадки: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+125 мг перорально кожні 8 годин			Переважає більшість випадків не потребує терапії АЛЗ
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	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+4 мг/кг кожні 12 годин		Переважає 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 імунокомпromентованих пацієнтів

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		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		
Інфіковані опікові рани <i>АЛЗ не призначається рутинно</i> <i>Слід призначати АЛЗ лише в разі ознак інфекції рани</i>	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 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 При тяжкій системній інфекції може знадобитись більш тривала терапія	Профілактичне застосування АЛЗ у опікових пацієнтів не рекомендується (немає даних щодо користі, сприяє колонізації резистентними патогенами). Лікування опікових ран проводити відповідно до Стандарту медичної допомоги «Опіки», затвердженого наказом МОЗ України від 06.11.2024 № 1869. Топічне лікування Місцеві антисептики можуть використовуватись відповідно до Стандарту медичної допомоги «Опіки», затвердженого наказом МОЗ України від 06.11.2024 № 1869
Рани та укуси	Профілактичне застосування АЛЗ Не рекомендується. Може бути розглянутим в окремих випадках (тяжка імуносупресія, рани	Профілактичне застосування АЛЗ Не рекомендується. Може бути розглянутим в окремих випадках (тяжка імуносупресія, рани	3 дні (профілактичне лікування ран з високим ризиком інфікування) 5 днів	Цей розділ не стосується хірургічних ран, а також шкірних інфекцій, що розглянуті в інших розділах.

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	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; • набряк до або після укусу в ураженій ділянці; • рани середньої тяжкості або тяжкі (особливо обличчя, кистей рук); • пошкодження періостальної тканини або капсули суглоба. Профілактика впродовж 3-5 діб Рани, пов'язані із укусами 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:	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 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	(лікування інфікованих ран)	Загалом, неінфіковані рани не потребують АЛЗ. Рани, пов'язані із 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. Амоксицилін є лікарським засобом вибору, оскільки активний проти анаеробів.

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
	Цефалексин 500 мг кожні 8 годин перорально	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		
Інфекційні хвороби нижніх сечовивідних шляхів (без ускладнень)	Нітрофурантоїн 100 мг перорально кожні 12 годин (лікарська форма з повільним вивільненням) 50 мг перорально кожні 6 годин (лікарська форма з негайним вивільненням) Або: Сульфаметоксазол+триметоприм 800 мг+160 мг кожні 12 годин, перорально Або: Амоксицилін+клавуланова кислота 500 мг+125 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: Діти 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	Нітрофурантоїн – 5 днів Сульфаметоксазол+триметоприм – 3 дні Амоксицилін+клавуланова кислота – 3-5 діб	

Захворювання	Лікарський засіб і доза (дорослі)	Лікарський засіб і доза (діти)	Тривалість лікування	Примітки
		>30 кг: 800 мг+160 мг кожні 12 годин		
Неускладнені інфекційні хвороби шкіри та м'яких тканин	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 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	

Примітки:

- Всі дози наведено для нормальної ниркової і печінкової функції. В разі їх порушення можливо знадобиться корекція дози.
- 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.
- Варіанти в межах першого та другого вибору наведені в алфавітному порядку і є взаємозамінними.
- Інструкція з вибору лікарських засобів:
 - АБО: проста альтернатива або альтернатива лікарських засобів в комбінації.
 - 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 рівноцінно використати комбінацію A+Z або Y+Z

Додаток 3
до Стандарту «Раціональне
застосування протимікробних
лікарських засобів з лікувальною та
профілактичною метою у закладах
охорони здоров'я, що надають
первинну медичну допомогу»
(пункт 9 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	Цефалоспорини 1-го покоління	J01DB04
Цефалексин	Цефалоспорини 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

Антибактеріальний лікарський засіб	Клас	АТС код
Ванкоміцин (в/в)	Глікопептиди	J01XA01
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. Позиції, віднесені до іншої групи, ніж у класифікації BOOЗ, наведено в примітці нижче класифікації антибактеріальних лікарських засобів. У ЗОЗ, ФОП що надають первинну медичну допомогу, АЛЗ призначають, враховуючи наявність лікарських засобів у Державному реєстрі лікарських засобів.

Додаток 4
до Стандарту «Раціональне
застосування протимікробних
лікарських засобів з лікувальною та
профілактичною метою у закладах
охорони здоров'я, що надають
первинну 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 – псевдохолелітиаз	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 A і B <i>C. difficile</i> Контроль рівня креатиніну та білірубіну 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)

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
Макроліди	Нудота, зниження апетиту, діарея, головний біль, транзиторне підвищення трансаміназ, холестатичний гепатит, флебіт при в/в введенні, подовження інтервалу QT	Пароксизмальна шлуночкова тахікардія та 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 А і В <i>C.difficile</i>
Фторхінолони	Диспепсія, транзиторне підвищення трансаміназ, головний біль, безсоння, тахікардія, біль та 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 артеріального тиску і можливою ішемією міокарду.	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, хлорпромазин, флуоксетин, галоперидол, дроперидол, макроліди); не поєднувати з теофіліном (ципрофлоксацином) і не призначати пацієнтам із судомами в анамнезі; впродовж використання захищати шкіру від прямих сонячних променів (одягом, топікальних засобів з фактором захисту не нижче SPF30). Протипоказані вагітним.

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
Доксициклін	Ерозії та виразки стравоходу при пероральному прийомі доксицикліну, нудота	Фотосенсибілізація		При пероральному прийомі рекомендовано використовувати доксициклін у вигляді таблеток, капсул та запивати великою кількістю води. Впродовж використання захищати шкіру від прямих сонячних променів (одягом, топікальних засобів з фактором захисту не нижче SPF30). Протипоказаний вагітним.
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 Лаелла, 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, білірубіну, тромбоцитів, лейкоцитів

ПЛЗ	Типові побічні реакції	Рідкісні небезпечні для життя реакції	Екологічні реакції або вплив на резистентність	Заходи контролю і профілактики
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.

Додаток 5
до Стандарту «Раціональне
застосування протимікробних
лікарських засобів з лікувальною та
профілактичною метою у закладах
охорони здоров'я, що надають
первинну медичну допомогу»
(підпункт 2 пункту 3 розділу VIII)

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

Назва ЗОЗ	Дата проведення візиту (день, місяць, рік)	Рівень надання медичної допомоги (первинна)	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
