

УДК 616-08 + 616.921.8+616.831.9 -002++613.95

Г. Б. МАТЕЙКО, І. П. БІЛИК, І. О. ФЕДЯК

Івано-Франківський національний медичний університет

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮКУ І МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ТА ІНШИХ КРАЇНАХ У КОНТЕКСТІ ФОРМУЛЯРНОГО ПІДХОДУ

У статті проаналізовано зміст Клінічних протоколів лікування дітей, хворих на кашлюк та менінгококову інфекцію, в Україні, Республіці Білорусь, Російській Федерації, Великобританії; представлено порівняльне опрацювання Зразкового переліку ВООЗ основних лікарських засобів для дітей, Британського національного формуляру для дітей, Державного формуляру лікарських засобів України у частині препаратів, рекомендованих для лікування кашлюку та менінгокової інфекції у дітей, та обґрунтовано необхідність доопрацювання з метою оптимізації клінічних протоколів.

Ключові слова: кашлюк, менінгококова інфекція, клінічні протоколи.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Важливим чинником негативного впливу на стан здоров'я дітей є інфекційні хвороби. За рівнем інфекційної захворюваності Україна займає одне з перших місць в Європі. У багатьох країнах світу, незважаючи на високий відсоток осіб у популяції, які охоплені профілактичною вакцинацією, в останні роки спостерігається тенденція до зростання захворюваності дітей на кашлюк. Зокрема, у Фінляндії, де кількість імунізованого населення перевищує 98%, показник захворюваності серед дітей за останнє десятиріччя зріс з 30 на 100 тис. до 60 на 100 тис. та до 150 випадків на 100 тис. серед немовлят. Аналогічна ситуація виникла в Австрії, Канаді, США. Загалом щороку в світі реєструється близько 50 млн. випадків кашлюку, а летальність від нього у країнах, що розвиваються, сягає 4 %. В Україні щорічно фіксують 3-4 тис. випадків кашлюку, переважно в дітей до 1 р. [4, 18].

Менінгококова інфекція (МІ) є ургентною і життєво небезпечною, тому завжди повинна розглядатися як надзвичайна медична ситуація. Незважаючи на успіхи у профілактиці й контролі за МІ, вона залишається важливою причиною летальності в країнах Європи і США. В Англії рівень захворюваності на МІ щорічно становить 52,9 на 100 тис. у дітей віком до 1 р., 18,8 на 100 тис. у віці 1-4 р., 3,1 на 100 тис. у віці 5-14 р.; вона

займає рангове місце в структурі причин смертності дітей віком 1-4 р. від інфекційної патології. У США показники захворюваності є також найвищими у дітей віком до 1 року. В Україні летальність від МІ коливається від 14 до 17 % [1, 15, 16, 19, 20, 21].

Для зниження показників смертності, підвищення ефективності лікування, якості життя пацієнтів в умовах жорстких фінансових обмежень ВООЗ рекомендує впровадження формулярної системи (ФС). ФС – це механізм запровадження принципу доказовості в щоденну медичну практику, реальний спосіб підвищення якості фармакотерапії і доступності лікарських засобів (ЛЗ). В Україні ФС складається з 3-х рівнів: Державний формуляр лікарських засобів (ДФ ЛЗ), регіональні (обласні) та локальні (закладів охорони здоров'я) формуляри. ДФ ЛЗ вперше виданий у 2009 році, він щорічно переглядається та оновлюється, на даний час вийшло 6 його видань, готується наступне [2, 3, 7].

Основу ФС складають узгоджені та прийняті на національному рівні клінічні рекомендації та стандарти лікування. За даними наказу МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ України» розроблено 32 накази, якими затверджено: 61 уніфікований клінічний протокол (КП), 5 стандартів медичної допомоги, 42 адаптованих клінічних настанов.

Кінцевий прогноз при МІ у дітей у багатьох випадках несприятливий; кашлюк у дітей до 1 року може перебігати важко, із багатьма ускладненнями та несприятливими наслідками, тому результати лікування цих бактерійних інфекцій залежить від вчасної і адекватної терапії. Водночас в Україні відсутня практика періодичного перегляду КП загалом і вказаних патологій зокрема. Виходячи з вказаного, актуальним завданням було опрацювання рекомендацій до удосконалення протоколів лікування МІ та кашлюку у дітей на основі вивчення підходів до їх фаормування у різних країнах.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Загальному аналізу впровадження ФС в Україні присвячені публікації В. Є. Бліхара, Т. М. Думенко, О. М. Заліської, О. В. Матвеевої, А. С. Немченко, Л. В. Яковлевої, В. П. Черниха та багатьох інших авторів. Серед клініцистів проблеми лікування дітей, хворих на МІ чи кашлюк, підняті у працях Крамарева С. О., Кривцун С. І., Пипи Л. В. тощо. Однак, серед них знайдено обмежене число робіт з необхідності удосконалення формулярного переліку препаратів для лікарського забезпечення дітей, хворих на дитячі бактерійні інфекції, за зразком ВООЗівських рекомендацій. Так, серед робіт аналогічного спрямування ми посилаємося на результати досліджень Майнич Ю. В., Заліської О. М. («Аналіз формулярних переліків, які регламентують лікарське забезпечення дітей», 2009) [3] і Пипи Л. В., Ленги В. Р., Свістільник Р. В. («Діагностика та лікування менінгококового менінгіту і менінгококцемії у дітей згідно з принципами доказової медицини», 2012) [1].

ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Однак обґрунтування потреби в доопрацюванні вітчизняних КП лікування кашлюку та МІ у дітей на основі формулярного підходу, виходячи із порівняння аналогічних документів у різних країнах, не висвітлено.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Аналіз існуючих Клінічних протоколів лікування дітей із кашлюком, МІ та опрацювання шляхів до їх удосконалення.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами опрацьовано доступні джерела літератури, пов'язані з підходами до терапії кашлюку і МІ у дітей. Кашлюк – гостре інфекційне за-

хворювання, яке викликає бактерія *B. pertussis*, передається повітряно-крапельним шляхом, має циклічний перебіг, характеризується наявністю спастичного нападоподібного тривалого кашлю.

Відповідно до рекомендацій українського КП діагностики та лікування кашлюку у дітей етіотропна терапія передбачає еритроміцин або інші антибіотики з групи макролідів протягом 14 днів (азитроміцин – 5 днів). Препарати другого ряду (при непереносимості макролідів): триметоприм-сульфаметоксазол, ампіцилін, які призначають 14 днів. При тяжких формах рекомендується аміназин 1-2,5 мг/кг/добу на 2-3 введення перед денним і нічним сном [5]. Білоруський КП рекомендує прийом кларитроміцину всередину 15 мг/кг/добу протягом 7 днів, або азитроміцину всередину 10 мг/кг/добу 5 днів, або амоксициліну всередину 30 – 60 мг/кг/добу 7-10 днів. При тяжкій формі – преднізолон всередину або парентерально 1-2 мг/кг/добу 10 днів [8]. У Російській Федерації розроблено 3 стандарти медичної допомоги дітям при кашлюку. При легкому ступені важкості антибактеріальна терапія (АБТ) повинна починатися з макролідів – азитроміцину, рокситроміцину, еритроміцину, середньодобові дози 500, 300 і 1000 мг відповідно [10]. При середньому ступені важкості рекомендовано застосувати: амоксицилін 1000 мг/добу, амоксицилін+клавуланова кислота 750+375 мг/добу, цефтріаксон 500 мг/добу, азитроміцин і рокситроміцин 500 і 300 мг/добу [11]. При важкому ступені – амоксицилін + клавуланова кислота (0,5+0,1 г/добу), цефтріаксон 500 мг/добу, цефоперазон + сульбактам (500 + 500 мг/добу), кларитроміцин 500 мг/добу, флуконазол 100 мг/добу [9].

Британське Керівництво з лікування кашлюку вказує, що ЛЗ вибору у даному випадку є макроліди. Еритроміцин використовують кожні 6 год 7 днів: для дітей віком 1-24 міс. по 125 мг, 2-8 р. – 250 мг, старших 8 р. – 250-500 мг; кларитроміцин – кожні 12 год 7 днів: дітям вагою менше 8 кг по 7,5 мг/кг, віком 1-2 р. – 62,5 мг, 3-6 р. – 125 мг, 7-9 р. – 187,5 мг, старших 10 р. – 250 мг. Для немовлят віком до 1 міс. препаратом вибору є азитроміцин; еритроміцин і кларитроміцин не рекомендуються. Дітям до 6 міс. азитроміцин призначають одноразово 10 мг/кг 5 діб. При непереносимості макролідів рекомендовано ко-тримоксазол: дітям віком 6 тижнів – 5 міс. по 120 мг кожні 12 год – 7 діб, 6 міс. – 5 р. – 240 мг, 6-12 р. – 480 мг [16, 17] (табл. 1). Отже, щодо лікування дітей, хворих на кашлюк, то всі стандарти рекомендують починати із макролідів. Водночас російські і британські КП лікування є більш деталізовані.

**ПЕРЕЛІК НАЙМЕНУВАНЬ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ РЕКОМЕНДОВАНО
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИМ НА КАШЛЮК, В РІЗНИХ КРАЇН**

Україна	Республіка Білорусь	Російська Федерація	Великобританія
Наказ МОЗ №354 від 07.09.2004: ЛЗ 1 ряду: еритроміцин або інші макроліди (азитроміцин). ЛЗ 2 ряду: триметоприм-сульфаметоксазол, ампіцилін.	Приказ МЗ №961 от 24.08.2012: klarитроміцин / азитроміцин / амоксицилін.	Легкий ступінь (Приказ МЗ №797н от 09.11.2012): Макроліди – азитроміцин, рокситроміцин, еритроміцин. Середній ступінь (Приказ МЗ №806н от 09.11.2012): амоксицилін, амоксицилін + клавуланова кислота, цефтріаксон, азитроміцин, рокситроміцин. Важкий ступінь (Приказ МЗ №1130н от 20.12.2012): амоксицилін+ клавуланова кислота, цефтріаксон, цефоперазон+сульбактам, klarитроміцин, флуконазол.	Guidelines for the Public Health Management of Pertussis (2012) еритроміцин, klarитроміцин, азитроміцин, ко-тримоксазол

МІ – антропоозна гостра хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, яка викликається менінгококом і характеризується клінічним поліморфізмом від назофарингіту і простого носійства до генералізованих форм – гнійного менінгіту, менінгоенцефаліту і менінгококцемії [5].

Згідно українського КП догоспітальний етап лікування МІ передбачає внутрішньовенне введення цефотаксиму в разовій дозі 75 мг/кг або цефтріаксону в разовій дозі 50 мг/кг; при підвищеній чутливості до бета-лактамних антибіотиків – левоміцетину сукцинату в разовій дозі 25 мг/кг в/в. На догоспітальному етапі цефотаксим повинен бути антибіотиком першої лінії у випадках, коли на госпітальному етапі передбачається застосування розчинів, що містять у своєму складі кальцій (розчин Рингера тощо). Цефтріаксон можна розглядати антибіотиком першої лінії на догоспітальному етапі у тому випадку, коли введення препаратів кальцію при подальшій терапії не потрібне. На двох етапах надання стаціонарної допомоги дітям з тяжкими формами менінгококцемії рекомендовано введення цефотаксиму в дозі 150 мг/кг/добу або цефтріаксону в дозі 100 мг/кг/добу. При легких та середньотяжких формах менінгококцемії можливе застосування бензилпеніциліну в дозі 300-500 тис. ОД/кг/добу, при підвищеній чутливості до бета-лактамних антибіотиків – левоміцетину сукцинату в дозі 100 мг/кг/добу. Для захисту від нозокоміальної інфекції і власної умовнопатогенної флори в критичних станах необхідне застосування аміноглікозидів (аміка-

цин 15 мг/кг/добу, нетилміцин – дітям до 1 р. 7,5-9 мг/кг, дітям старше 1 р. 6-7,5 мг/кг) [6].

При МІ білоруським КП показано: цефтріаксон дітям до 12 р. по 80-100 мг/кг/добу на 1-2 введення в/в крапельно; старшим 12 р. — 1-2 г/добу на 1 введення в/м, в/в, в/в крапельно або бензилпеніцилін — 300–500 тис ОД/кг/добу на 6 введень в/м, або хлорамфенікол в/м 80-100 мг/кг/добу, за 3–4 прийоми 7–10 днів. Новонародженим: цефотаксим у віці до 7 днів в дозі 100мг/кг/добу за 2 введення в/в, в/м; у віці 8-28 днів – 150мг/кг/добу за 3-4 введення; з 1 міс. до 14 р. 200-300 мг/кг на добу за 3–4 введення 7-10 днів [8].

Російський стандарт допомоги дітям при МІ на догоспітальному етапі рекомендує застосування цефтріаксону у середньодобовій дозі 1 г [12]. При середньому ступені важкості необхідно використовувати хлорамфенікол 1000 мг, бензилпеніцилін 3000000 ОД, цефотаксим 3000 мг, цефтріаксон 300 мг, ципрофлоксацин 200 мг, рифампіцин 25 мг, флуконазол 200 відповідно на добу [13]. АБТ при важкому ступені МІ: хлорамфенікол 500 мг, бензилпеніцилін 1000000 ОД, цефоперазон+сульбактам (3000+3000) мг, цефотаксим 6000 мг, цефтріаксон 4000 мг, меропенем 3600 мг, амікацин 300 мг, ципрофлоксацин 300 мг, рифампіцин 600 мг, флуконазол 300 мг відповідно на добу [14].

Директива NICE (Національний інститут охорони здоров'я Великобританії) на догоспітальному етапі рекомендує введення бензилпеніциліну в дозі для дорослих і дітей віком понад 10 р. – 1,2 г/добу, від 1 до 9 р. – 600 мг, до 1 р. – 300 мг.

Однак, введення антибіотиків не повинне затримувати госпіталізацію хворого [19, 20]. Через летальні випадки у новонароджених дітей при використанні одночасно цефтріаксону з препаратами кальцію, як NICE, так і Шотландська міжуніверситетська рекомендаційна мережа (SIGN), не рекомендують цефтріаксон застосовувати з кальцій-вмісними ЛЗ та упродовж 48 годин після їх використання. У дітей молодше 3 міс. показано використання цефотаксиму з ампіциліном або амоксициліном із метою бактерицидної дії на стрептокок групи В, грамнегативні бактерії і лістерію. Цефтріаксон не повинен також використовуватися у недоношених дітей або в новонароджених з жовтяницею, гіпербілірубінемією, ацидозом, оскільки це може посилити гіпербілірубінемію. Дітям, які повернулися з-за кордону, необхідно до основного антибіотика додати ванкоміцин через ризик стійкості флори до нього [1, 21] (табл. 2).

Підсумовуючи вищенаведені дані, слід відзначити, що вітчизняні протоколи лікування мають певні відмінності від зарубіжних рекомендацій. Вони стосуються, насамперед, використання АБТ на догоспітальному етапі. У вітчизняних КП рекомендується введення цефалоспоринів на догоспітальному етапі лікування МІ й не ставиться пріоритет якнайшвидшої доставки хворого у стаціонар. Водночас саме ця вказівка є окремо прописаною у британських рекомендаціях, які можна вважати найбільш доцільними для лікування даної патології з огляду

на їх деталізацію, на вказання дозування з врахуванням віку та маси хворого, сумісності ЛЗ (що є відсутнє у російських КП).

Нами проведено клініко-економічний аналіз спожитої фармакотерапії дітьми із кашлюком та МІ Івано-Франківської обласної клінічної інфекційної лікарні (2011-2013 рр.). За результатами частотного аналізу вивчені пріоритети лікарів у призначеннях антибактеріальних засобів: для дітей із кашлюком вони переважно призначали лораксон (цефтріаксон), цефтазидим, амікацин, азитроміцин, а із МІ – лораксон, левоміцетин, меропенем, цефотаксим [15].

До Зразкового переліку ВООЗ основних лікарських засобів для дітей (ОЛЗд), 2013 р. з них включено тільки 5: цефтріаксон (250 мг, 1 г порошок для ін'єкцій) з поміткою не вводити разом з кальцієм та дітям до 1 р. з гіпербілірубінемією, меропенем для лікування менінгіту у дітей, старших 3-х міс., цефтазидим (порошок для ін'єкцій 250 мг та 1 г), цефотаксим (порошок для ін'єкцій 250 мг) з поміткою препарату вибору для лікування новонароджених в умовах стаціонару, азитроміцин в капсулах 250 і 500 мг, хлорамфенікол (капс. 250 мг, олійна суспензія для ін'єкцій 0,5 г/мл – тільки для емпіричної терапії епідемічного менінгіту у дітей старших 2 р., рідина для перорального застосування 150 мг/мл, порошок для ін'єкцій 1г) [22].

У Британський національний формуляр для дітей 2012 (БНФд) включено цефотаксим (порошок для ін'єкцій 500 мг), цефтазидим (1г, гене-

Таблиця 2

**ПЕРЕЛІК АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ РЕКОМЕНДОВАНО
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МІ, В РІЗНИХ КРАЇН**

Україна	Республіка Білорусь	Російська Федерація	Великобританія
Наказ МОЗ №737 від 12.10.2009: <u>Догоспітальний період:</u> цефтріаксон, цефотаксим <u>Стаціонарний:</u> бензилпеніцилін цефтріаксон, цефотаксим, левоміцетину сукцинат, ампіцилін.	Приказ МЗ №961 от 24.08.2012: бензилпеніцелін, цефтріаксон, хлорамфенікол; новонародженим - цефотаксим	<u>Догоспітальний період:</u> (Приказ МЗ №1444н от 24.12.2012) цефтріаксон <u>Середній ступінь</u> (Приказ МЗ №1368н от 24.12.2012) бензилпеніцилін, хлорамфенікол, цефотаксим, цефтріаксон, ципрофлоксацин, рифампіцин, флуконазол. <u>Важкий ступінь</u> (Приказ МЗ №804н от 09.11.2012) бензилпеніцилін, хлорамфенікол, цефоперазон+сульбактам, цефотаксим, цефтріаксон, меропенем, амікацин, ципрофлоксацин, рифампіцин, флуконазол.	Директива NICE (2012) <u>Догоспітальний період:</u> бензилпеніцилін <u>Стаціонарний:</u> цефтріаксон, цефотаксим, хлорамфенікол, ампіцилін / амоксицилін ванкоміцин.

рики – кефадім 1 г, фортум 500 мг для ін'єкцій), цефтріаксон (1 г, генерик – роцефін 250 мг для ін'єкцій), меронем (500 мг для ін'єкцій), амікацин (250 мг, генерик – амікін 50 мг для ін'єкцій), азитроміцин (капсули і таблетки по 250 мг, суспензія оральна 200 мг/5 мл, генерик – зітромакс в капсул. і суспензія оральна), хлорамфенікол (капсул. 250 мг, генерик – кеміцетин 1 г для ін'єкцій). Отже, 7 оригінальних препаратів та 6 генериків у дитячих лікарських формах [17].

ДФ ЛЗ, затверджений Наказом МОЗ України від 08.04.2014 р. № 252, містить 42 торгові назви цефотаксиму, 35 цефтизидиму, 99 цефтріаксону, 62 меропенему, 18 амікацину, 102 азитроміцину, 12 хлорамфеніколу, з яких 126 препаратів вітчизняного виробництва, а 242 – імпорتنі [7].

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Нами проаналізовано зміст Клінічних протоколів лікування дітей із кашлюком та менінгококовою інфекцією в Україні, Республіці Білорусь, Російській Федерації та Великобританії. Виявлено, що саме вітчизняні рекомендації є найстарішими (2004, 2009), здебільшого загальними та найменш деталізованими. На нашу думку, вітчизняні КП найменше відповідають засадам формулярної доктрини ВООЗ серед проаналізованих нами, при їх удосконаленні рекомендуємо брати за основу британські рекомендації. Водночас вітчизняні лікарі обирають сучасніші препарати, що приводить до порушення ними вимог КП. Адже частота оновлення останніх 1 раз на 10 років не витримує вимог часу, їх перегляд і доопрацювання повинні відбуватися хоча б 1 раз у 2 роки, як у країнах найближчого зарубіжжя.

Порівняльний аналіз Зразкового переліку ОЛЗд ВООЗ (2013), БНФд (2012) та ДФ ЛЗ України (2014) показав, що БНФд містить перелік препаратів у лікарських формах, рекомендованих ВООЗ, та додатково у інших дитячих формах. У перелік вітчизняного ДФ ЛЗ включено усі зареєстровані в Україні найменування ЛЗ без їх поділу на оригінальні та генеричні, що ускладнює вибір необхідного препарату практикуючим лікарем. Відзначено також відсутність дитячих дозувань та адаптованих до педіатрії лікарських форм антибіотиків на вітчизняному фармацевтичному ринку та, відповідно, у ДФ ЛЗ України.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ми мали за мету виявити відмінності в зарубіжних рекомендаціях щодо ведення дітей із кашлюком та МІ для розробки змін і доповнень до вітчизняних Клінічних протоколів. Для цього є необхідним проведення повномасштабного

анкетування фахівців, клініко-економічного аналізу спожитої терапії пацієнтами різних регіонів України та фармакоекономічного аналізу, що і стане ціллю наших наступних досліджень.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Діагностика та лікування менінгококового менінгіту і менінгококцемії у дітей згідно з принципами доказової медицини / Л. В. Пипа, В. Р. Ленґа, Р. В. Свістільник [та ін.] / «Здоров'є ребенка». – 2012. – № 4-5. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/30029> – Назва з екрану.
2. Думенко Т. М. Організаційні підходи моніторингу впровадження формулярної системи / Т. М. Думенко, О. В. Матвеева, Л. В. Яковлева // Матеріали VII науково-практичної конференції «Фармакоэкономика в Україні: стан і перспективи розвитку». – Х.: НФаУ, 2014. – С. 19-21.
3. Заліська О. М. Аналіз формулярних переліків, які регламентують лікарське забезпечення дітей / О.М. Заліська, Ю.В. Майнич // Матеріали II науково-практичної конференції «Фармаэкономика в Україні: состояние и перспективы развития». – Х.: НФаУ, 2009. – С. 133-134.
4. Крамарев С.О. Коклюш у дітей: сучасні погляди на захворювання / С. О. Крамарев. – Здоров'я України. – 2008. – №4/1. – С. 15-17.
5. Наказ МОЗ України від 09.07.2004 № 354 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей». – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040709_354.html – Назва з екрану.
6. Наказ МОЗ України від 12.10.2009 № 737 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 № 354». – Режим доступу http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091012_737.html – Назва з екрану.
7. Наказ МОЗ України від 08.04.2014 № 252 «Про затвердження 6 випуску Державного формуляра ЛЗ та забезпечення його доступності». Режим доступу: <http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=30287> – Назва з екрану.
8. Приказ МЗ Республики Беларусь от 24.08.2012 № 961 «Клинический протокол диагностики и лечения детей с инфекционными заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь». Режим доступу: <http://www.google.com.ua/url?url=http://minzdrav.gov.by/ru/>

- static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2012 – Назва з екрану.
9. Приказ МЗ Российской Федерации от 20.12.2012 № 1130н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при коклюше тяжелой степени тяжести». Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6000-standart-ot-1-fevralya-2013-g> – Назва з екрану.
 10. Приказ МЗ Российской Федерации от 09.11.2012 № 797н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при коклюше легкой степени тяжести». Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6137-standart-ot-30-yanvarya-2013-g> – Назва з екрану.
 11. Приказ МЗ Российской Федерации от 09.11.2012 № 806н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при коклюше средней степени тяжести». Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6128-standart-ot-30-yanvarya-2013-g> – Назва з екрану.
 12. Приказ МЗ Российской Федерации от 24.12.2012 № 1444н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи детям при менингококковой инфекции неуточненной». Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5619-standart-ot-20-marta-2013-g> – Назва з екрану.
 13. Приказ МЗ Российской Федерации от 24.12.2012 № 1368н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при менингококковой инфекции средней степени тяжести». Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5893-standart-ot-5-fevralya-2013-g> – Назва з екрану.
 14. Приказ МЗ Российской Федерации от 09.11.2012 № 804н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при генерализованной форме менингококковой инфекции тяжелой степени тяжести». Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6130-standart-ot-30-yanvarya-2013-g> – Назва з екрану.
 15. Федяк І.О. Результати клініко-економічного аналізу фармацевтичного забезпечення дітей з кашлюком, скарлатиною, менингококовою інфекцією / І.О. Федяк, І.П. Білик // Клінічна фармація. – 2014. –Т.18. - №1. – С.29-34.
 16. Baumer J.H. Guideline review: management of invasive meningococcal disease, SIGN / J.H. Baumer // Arch. Dis. Child. Educ. Pract. Ed. – 2009. – Vol. 94. – P. 46-49.
 17. British National Formulary for Children. – British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Royal College of Paediatrics and Child Health, Neonatal and Paediatric Pharmacist Group. – 2011-2012.
 18. Guidelines for the Public Health Management of Pertussis. – Режим доступа: https://www.gov.uk/.../HPA_Guidelines_for_the_Public_Health_Management_of_Pertussis_2012_PB65.01-Oct_2012.pdf – Назва з екрану.
 19. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Bacterial Meningitis and Meningococcal Septicaemia In Children (Management of bacterial meningitis and meningococcal septicaemia in children and young people younger than 16 years in primary and secondary care). Clinical guideline 102. London, UK: NICE, 2010. — P. 44. (www.nice.org.uk/guidance/CG102).
 20. Radcliffe R.H. Review of the NICE guidance on bacterial meningitis and meningococcal septicaemia / R.H. Radcliffe // Arch. Dis. Child. Educ. Pract. Ed. – 2011. – Vol. 96. – P. 234-237.
 21. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Management Of Invasive Meningococcal Disease In Children And Young People. Edinburgh, UK: SIGN, 2008. – p. 46 (www.sign.ac.uk).
 22. WHO Model Lists of Essential Medicines for children – 4th edition (April 2013). Режим доступа: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/ru/> – Назва з екрану.

УДК 616-08 + 616.921.8+616.831.9 -002++613.95

Г. Б. Матейко, И. П. Билык, И. О. Федяк

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ
КОКЛЮША И МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ И
ДРУГИХ СТРАНАХ В КОНТЕКСТЕ ФОРМУЛЯРНОГО ПОДХОДА**

В статье проанализировано содержание Клинических протоколов лечения детей, больных коклюшем и менингококковой инфекцией, в Украине, Республике Беларусь, Российской Федерации, Великобритании; представлено сравнительный анализ Примерного перечня ВОЗ основных лекарственных средств для детей, Британского национального формуляра для детей, Государственного формуляра лекарственных средств Украины в части препаратов, рекомендованных для лечения коклюша и менингококковой инфекции у детей, и обоснована необходимость доработки с целью оптимизации отечественных клинических протоколов.

Ключевые слова: коклюш, менингококковая инфекция, клинические протоколы

УДК 616-08 + 616.921.8+616.831.9 -002++613.95

Н. В. Mateyko, I. P. Bilyk, I. O. Fedjak

**COMPARATIVE EVALUATION OF CLINICAL PROTOCOLS OF PERTUSSIS AND
MENINGOCOCCAL INFECTIONS TREATMENT IN CHILDREN IN UKRAINE AND
OTHER COUNTRIES IN THE CONTEXT OF THE FORMULARY APPROACH**

The article analyzes the content of Clinical protocols for the treatment of children with pertussis and meningococcal infection in Ukraine, Belarus, Russian Federation, United Kingdom; it is presented a comparative analysis of the WHO Model Lists of Essential Medicines for children, the British National Formulary for children, Ukrainian State Formulary of medicines in a part of drugs recommended for the treatment of pertussis and meningococcal infections in children, and also it is substantiated the necessity of elaborating with the purpose of clinical protocols optimization.

Key words: pertussis, meningococcal infection, clinical protocols.

Адреса для листування:

м. Івано-Франківськ, вул. Хіміків 25/72

Тел.: 067-9513954; 050-0515214

E-mail: irynaf@tvnet.if.ua

Надійшла до редакції:

19.12.2014