

Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2020 р. № 722
«Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»
(зі змінами, внесеними згідно наказів Міністерства охорони здоров'я України
від 09.04.2020 р. № 827, від 23.04.2020 р. № 953, від 30.04.2020 р. № 994)

Стандарт екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Загальна частина

Коронавірусна хвороба (COVID-19);
шифр за МКХ-10: U07.1 2019-нCoV гостра респіраторна хвороба [тимчасова назва].

Розробники:

Гончар Євген	державний експерт експертної групи з питань розвитку медичних послуг Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
Данилюк Олександр	керівник експертної групи з питань надання екстреної медичної допомоги Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
Онищенко Інна	виконавч обов'язків керівника експертної групи з питань впровадження системи «Електронне здоров'я» Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
Сухорукова Оксана	генеральний директор Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
Чарухов Асан	керівник експертної групи з питань розвитку медичних послуг Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
Крилюк Віталій	доктор медичних наук, завідувач відділом підготовки ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України»
Цимбалюк Галина	кандидат медичних наук, асистент кафедри медицини катастроф та військової медицини ТНМУ імені І.Я. Горбачевського, лікар з медицини невідкладних станів вищої категорії

Список умовних позначень та скорочень

COVID-19	скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2
SARS-CoV-2	одноланцюговий РНК-вмісний штам коронавірусу виду SARS-CoV роду бетакоронавірусів, що спричиняє хворобу COVID-19
АТ	артеріальний тиск
Глазго	шкала коми
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту
ЧД	частота дихання
ЧСС	частота серцевих скорочень

Стандарт 4.

Екстрена медична допомога для пацієнтів з COVID-19

Обґрунтування

Пацієнтам, які звернулися за екстреною медичною допомогою, проводиться опитування відповідно до алгоритму опитування особи з підозрою на COVID-19 диспетчером ЕМД. Якщо під час опитування відсутні покази до виїзду бригади, то пацієнту надаються відповідні рекомендації. Якщо наявні покази до виїзду бригади до пацієнтів із підозрою на COVID-19, бригада застосовуючи засоби індивідуального захисту, проводить обстеження, встановлює попередній діагноз та ступінь важкості захворювання і наявність показів до госпіталізації. Пацієнтам, які не мають показів до госпіталізації, надаються поради по самоізоляції та звернення до сімейного лікаря (а при відсутності сімейного лікаря — до регіональної/національної гарячої лінії COVID-19). Пацієнти, у яких наявні покази до госпіталізації, транспортуються бригадою ЕМД у визначений у регіоні заклад охорони здоров'я.

Обов'язкові критерії якості

1. Під час диспетчеризації проводиться обов'язкове опитування відповідно до алгоритму опитування особи з підозрою на COVID-19 диспетчером ЕМД:

- визначаються ознаки невідкладного стану людини;
- виявляються симптоми, які вказують на наявність COVID-19;
- збирається інформація щодо можливих подорожей та контакту з хворим на COVID-19;
- збирається інформація щодо визначення групи ризику;
- отримана диспетчером інформація повинна надаватись бригаді повністю;
- надаються рекомендації особі, яка телефонує, задля зменшення ризику інфікування персоналу бригади ЕМД.

2. Дії бригади

Використання відповідних засобів індивідуального захисту персоналом бригад екстреної медичної допомоги під час огляду, надання екстреної медичної допомоги та транспортування пацієнта з підтвердженням або підозрою на COVID-19. Дотримання порядку одягання та знімання ЗІЗ персоналом бригад ЕМД.

До приїзду необхідно:

- отримати інформацію від диспетчера;
 - підготувати необхідний комплект ЗІЗ;
 - підготувати необхідний набір для проведення обстеження та надання екстреної медичної допомоги.
- При первинній оцінці пацієнта:
- дотримуватися безпечної дистанції (>2 м);
 - визначити рівень свідомості;
 - оцінити дихання, колір шкірних покривів;
 - запропонувати пацієнту одягнути маску.
- При наданні допомоги:
- опитування пацієнта за схемою SAMPLE;
 - отримання правил первинного огляду пацієнта.
- При транспортуванні:
- повідомити лікарню про транспортування пацієнта;
 - при можливості дотримувати необхідної відстані до пацієнта.
- Члени сім'ї не повинні транспортуватись з пацієнтом, якщо це можливо. Якщо пацієнта супроводжують інші особи, вони повинні одягнути захисну маску.

3. Дотримання заходів безпеки при проведенні аерозоль-генеруючих та інвазивних маніпуляцій.

4. Виконання протоколів надання екстреної медичної допомоги.

5. Прийняття рішення щодо госпіталізації.

Рішення щодо госпіталізації необхідно приймати на основі проведеного обстеження:

1) наявність у пацієнта симптомів/ознак підозрілого випадку захворювання на COVID-19 (кашель, нежить, біль у горлі, загальна слабкість);

2) життєві показники: ЧД, сатурація крові, ЧСС, АТ, шкала коми Глазго;

3) визначити, чи є:

- біль в грудній клітці;
- задишка в спокої;
- ціаноз;
- порушення свідомості;
- ознаки дихальної недостатності;
- інші ознаки, що свідчать про критичний стан пацієнта.

4) прийняття рішення у випадку, якщо у пацієнта немає змін при проведенні обстеження визначених у підпункті 1 цього пункту слід

застосовувати стандартні методи надання ЕМД, залежно від наявно-го невідкладного стану чи скарги.

Якщо у пацієнта присутні ознаки підозрілого випадку захворювання на COVID-19, життєві показники в межах норми та відповідно відсутні загрозливі ознаки визначені в підпункті 3 цього пункту, слід рекомендувати залишатися вдома, при цьому необхідно повідомити про це лікаря з надання первинної медичної допомоги та ви-кликати мобільну бригаду для взяття зразків для проведення ПЛР-тестування.

У випадку, якщо поряд з наявними ознаками вірусного захворюван-ня є хоча б одна ознака вказана в підпункті 3 цього пункту, пацієнта слід госпіталізувати у визначений заклад охорони здоров'я, дотримуючись всіх необхідних заходів спрямованих на попередження зараження.

Стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Загальна частина

Коронавірусна хвороба (COVID-19);

шифр за МКХ-10: U07.1 2019-nCoV гостра респіраторна хвороба, що підтверджена лабораторним тестуванням незалежно від тяжкості клінічних ознак або симптомів (вірус ідентифікований); U07.2 — коронавірусна інфекція COVID-19, що діагностується клінічно або епі-деміологічно, але лабораторні обстеження непереконливі чи недо-ступні (вірус не ідентифікований) [тимчасова назва].

Розробники:

Безродна Олександра Вікторівна	кандидат медичних наук, доцент кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Ганжа Ірина Миколаївна	керівник експертної групи з питань розвитку служби крові та біобезпеки Директорату громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
Голубовська Ольга Анатоліївна	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Дубров Сергій Олександрович	доктор медичних наук, професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Кузін Ігор Володимирович	виконавчач обов'язків Генерального директора Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
Мацьков Олександр Григорович	завідувач відділу антибіотикорезистентності та інфекційного контролю Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
Ліщишина Олена Михайлівна	кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, начальник відділу стандартизації медичної допомоги департаменту оцінки медичних технологій державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Чабан Тетяна Володимирівна	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету
Шкурба Андрій Вікторович	доктор медичних наук, професор, професор кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Рецензенти:

- Георгіянц Маріне Акопівна, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи Харківської медичної академії післядипломної освіти;
- Матюха Лариса Федорівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-полі-клінічної допомоги Національної медичної академії післяди-пломної освіти імені П.Л. Шупика.

Дата оновлення — березень 2021 р.

Список умовних позначень та скорочень:

COVID-19	скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2
CPAP	постійний позитивний тиск у дихальних шляхах
FiO ₂	фракція вдихуваного кисню
OI	індекс оксигенації
OSI	індекс оксигенації за допомогою SpO ₂
PaO ₂	парціальний тиск кисню
PEEP	плато-тиск
SARS-CoV-2	одноланцюговий РНК-вмісний штам коронавірусу виду SARS-CoV роду бетакоронавірусів, що спричиняє хворобу COVID-19
SD	стандартне відхилення
SIRS	синдром системної запальної відповіді
SOFA	показник оцінки неспроможності органів
SpO ₂	насичення киснем
AT	артеріальний тиск

БАЛ	бронхоальвеолярний лаваж
ГДРС	гострий респіраторний дистрес-синдром
ГЕК	розчин гідроксіетилкрахмало
ГРІ	гостра респіраторна інфекція
ГРВІ	гостра респіраторна вірусна інфекція
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту
ЗКІ	захист та контроль інфекції
НІВ	неінвазивна вентиляція
НКВП	носовий кисень з високим потоком
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
САТ	систоличний артеріальний тиск
СерАТ	середній артеріальний тиск
ТГРС	тяжкий гострий респіраторний синдром
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШВЛ	штучна вентиляція легень

Стандарт 1. Організація протиепідемічних заходів та медичної допомоги в осередку інфікування SARS-CoV-2

Обґрунтування

Виявлення нових випадків коронавірусної хвороби (COVID-19), рес-страція та моніторинг випадків інфікування та захворювання, розсліду-вання контактів є надзвичайно важливими. Епідеміологічна інформація необхідна для управління заходами реагування та інформування ВООЗ.

Обов'язкові критерії якості

1. В закладах охорони здоров'я слід адаптувати та затвердити клінічні маршрути пацієнтів на усіх рівнях надання медичної допомоги (додаток 1). Медична допомога надається відповідно до визначення випадку захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19) (далі — COVID-19) (додаток 2).

2. Медичний працівник, який виявив особу, що відповідає визна-ченню випадку COVID-19:

1) реєструє випадок в формі первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань» та заповнює форму первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідо-млення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 р. № 1, зареє-строваного в Міністерстві юстиції України 08.06.2006 р. за № 686/12560 (далі — ф. № 060/о та ф. № 058/о) та здійснює інформування керів-ництва закладу охорони здоров'я для організації подальшого клініч-ного спостереження, своєчасної медичної допомоги та протиепіде-мічних заходів індивідуального рівня і на рівні громади;

2) в строк до 2-х годин з моменту встановлення випадку COVID-19, за ф. № 058/о, інформує лабораторний центр МОЗ України за адмі-ністративно-територіальною належністю;

3) в разі поступлення особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19, в заклади охорони здоров'я, що надають цілодобову ста-ціонарну медичну допомогу, проводяться відбір зразків матеріалів (додаток 3) та забезпечується транспортування з відповідним направ-ленням (додаток 4) відібраних зразків у лабораторний центр МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю.

3. Активний епідеміологічний пошук випадків здійснюється шляхом лабораторного тестування на SARS-CoV-2 серед осіб, які відповідають критеріям підозрілого випадку, або в рамках дифере-нціальної діагностики у пацієнтів з вірусною пневмонією та/або ТГРС. Відбір зразків матеріалів та транспортування з відповідним направ-ленням до лабораторних центрів МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю або інших лабораторій, які проводять тестування на SARS-CoV-2 здійснюється згідно додатків 3–4 цих стандартів.

4. Лабораторії проводять тести на SARS-CoV-2 самостійно та у співпраці зі спеціалізованими лабораторіями у випадках неоднознач-них (сумнівних) результатів. Зокрема зразки перших п'яти позитивних випадків та перших десяти негативних, які відповідають визначенню випадку COVID-19 для тестування, необхідно підтвердити у лаборато-рії ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Один позитивний тест підтверджується другим тестом ПЛР, який визначає інший ген SARS-CoV-2. Одиничний негативний тест на вия-влення SARS-CoV-2 (особливо, якщо це зразок з верхніх дихальних шляхів) або позитивний результат дослідження щодо виявлення ін-шого респіраторного збудника не виключає зараження COVID-19. Якщо існує обґрунтована підозра на інфікування COVID-19, слід пере-вірити інший зразок за допомогою первинного та вторинного ПЛР-

аналізів. У випадках негативного результату першого тесту, з метою проведення повторного дослідження у пацієнта, який є підозрюваним щодо COVID-19, збираються зразки з різних ділянок дихальних шляхів (ніс, мокротиння, ендотрахеальний аспірат). Робити забір зразків крові, сечі та випорожнень для проведення рутинного обстеження хворого на SARS-CoV-2 методом ПЛР не рекомендовано і може використовуватися виключно в наукових цілях.

5. Надавачами первинної медичної допомоги здійснюється моніторинг осіб, які мали контакт з хворими на COVID-19 (додаток 5).

6. Усі медичні працівники, які перебувають в зоні пацієнта та/або контактують зі слизом з дихальних шляхів — наприклад, мокрота, БАЛ, матеріал відібраний зі слизових носа, мають використовувати ЗІЗ (додаток 6).

Зоною пацієнта є зона в радіусі одного метру навколо пацієнта.

7. Моніторинг контактних медичних працівників, здійснюється протягом 14 днів після останнього контакту, і включає вимірювання температури, оцінку скарг та обстеження. В разі появи у контактного медичного працівника клінічних проявів респіраторного захворювання до нього мають бути вжиті всі відповідні заходи як до особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19.

З метою реєстрації контактних працівників і запису даних моніторингу в закладі охорони здоров'я слід завести журнал довільної форми із зазначенням мінімум наступного:

- 1) дата(и) контактів;
- 2) прізвище, ім'я, по-батькові;
- 3) адреса проживання;
- 4) контактний номер телефону;
- 5) дані моніторингу по дням (температура, наявність скарг).

Тестування на SARS-CoV-2 методом ПЛР проводити кожні 5 днів медичним працівникам, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим або проводять догляд за хворими на COVID-19 в умовах стаціонару, працівникам лабораторій, які обробляють зразки з дихальних шляхів отримані від хворих на COVID-19, працівникам патологоанатомічних, судово-медичних бюро, відділень, які безпосередньо приймають участь у розтині тіла, в тому числі взяті зразків секційного матеріалу.

8. Під час надання медичної допомоги та проведення догляду за пацієнтами, які підлягають визначенню випадку COVID-19 в закладах охорони здоров'я слід дотримуватися заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (додаток 7).

Стандарт 2. Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID-19

Обґрунтування

Пацієнтів із легкою формою захворювання, які не відносяться до груп ризику розвитку ускладнень пацієнтів з COVID-19, рекомендовано лікувати амбулаторно (в домашніх умовах). Переводити на амбулаторне лікування також слід одужуючих пацієнтів, які вже не потребують цілодобового нагляду.

Обов'язкові критерії якості

1. Заборонено надавати медичну допомогу та проводити догляд в амбулаторно-поліклінічних умовах пацієнтам, які знаходяться в групі ризику щодо розвитку ускладнень:

- 1) тяжкі хронічні захворювання легень і серцево-судинної системи;
- 2) ниркова недостатність;
- 3) імуносупресивні стани (первинний і вторинний імунодефіцити);
- 4) тяжкі алергічні захворювання або стани;
- 5) аутоімунні захворювання;

а також з симптомами, що характеризують середньо-тяжкий і тяжкий перебіг, як от:

- 1) ядуха;
- 2) утруднене дихання;
- 3) збільшення частоти дихальних рухів більше фізіологічної норми;
- 4) кровохаркання;
- 5) шлунково-кишкові симптоми (нудота, блювання, діарея);
- 6) зміни психічного стану (сплутаність свідомості, загальмованість).

2. Рішення стосовно медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах приймає лікар з надання первинної медичної допомоги після клінічної оцінки стану пацієнта та оцінки безпеки домашнього середовища пацієнта, шляхом проведення опитування.

Легкий перебіг захворювання характеризується:

- невисокою гарячкою (до 38° С), що добре контролюється прийомом жарознижуючих препаратів;

- нежиттю;
- сухим кашлем без ознак дихальної недостатності (таких як утруднене дихання, збільшення частоти дихальних рухів, кровохаркання);
- відсутністю шлунково-кишкових проявів (нудота, блювання та/або діарея);
- відсутністю змін психічного стану (порушення свідомості, млявість).

Ускладнення з боку дихальної системи при COVID-19 зазвичай розвиваються на другому тижні хвороби, тому хворих необхідно активно спостерігати, повторний огляд (включно з фізикальним) рекомендовано проводити в цей термін.

Якщо пацієнт звернувся до надавача первинної медичної допомоги засобами дистанційного зв'язку:

- лікар з надання первинної медичної допомоги проводить оцінку стану пацієнта відповідно до класифікації за ступенем тяжкості перебігу захворювання;
- якщо пацієнт має легкі симптоми перебігу захворювання — лікар надає рекомендації щодо самоізоляції, лікування у разі погіршення стану;
- якщо у пацієнта важкий перебіг захворювання — лікар з надання первинної медичної допомоги надає рекомендацію виклику екстреної медичної допомоги за номером 103.

3. На амбулаторне лікування переводять пацієнтів в стані реконвалесценції, які не потребують цілодобового нагляду.

4. Обґрунтування рішення про лікування амбулаторно вноситься в форму первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № ___», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 661/20974 (далі — Медична карта амбулаторного хворого).

5. Медичні працівники (лікар/медична сестра) здійснюють контроль поточного стану пацієнта і контактних осіб. Вибір методу контролю обирається індивідуально (наприклад, щоденні відвідування, опитування по телефону). Дані моніторингу вносяться в Медичну карту амбулаторного хворого.

6. Пацієнти та спільно проживаючі особи мають бути поінформовані щодо:

- 1) необхідності дотримання особистої гігієни;
- 2) основних заходів з профілактики інфікування;
- 3) безпечних підходів до проведення догляду;
- 4) обмежень побутових контактів;
- 5) методів зв'язку із медичним персоналом (наприклад, зазначити номер телефону за яким слід телефонувати у разі погіршення стану);
- 6) способів транспортування пацієнта до амбулаторно-поліклінічного закладу в разі необхідності (наприклад, визначити час і вхід до закладу).

Рекомендації з догляду за пацієнтом хворим на COVID-19 в домашніх умовах наведені в **додатку 8** до цих Стандартів.

7. Медичні працівники, які надають медичну допомогу за місцем проживання/перебування, і члени домогосподарств мають використовувати ЗІЗ відповідно до **додатку 6**.

8. За появи симптомів у контактної особи медичні працівники з'ясовують стан та приймають рішення щодо потреби госпіталізації чи надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах. В разі прийняття рішення про необхідність госпіталізації, здійснюють комплекс заходів (**додаток 9**), спрямованих на обмеження подальшого поширення хвороби.

9. Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим з підозрою/підтвердженням COVID-19 при:

- стані середньої тяжкості і тяжкому — ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище фізіологічної норми, кровохаркання, показник SpO₂ при вимірюванні пульсоксиметром <93%) при наявності рентгенологічного підтвердженої пневмонії;
- наявності клініко-інструментальних даних гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС);
- наявності клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді);
- наявності клініко-лабораторних даних органної/системної недостатності окрім дихальної;
- пацієнти, незалежно від тяжкості стану, які відносяться до групи ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем,

ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, тяжкі алергічні хвороби, цереброваскулярні захворювання в стадії декомпенсації), онкологічні захворювання;

- пацієнти незалежно від тяжкості стану, в яких відзначається підвищення температури вище 38° С, що погано піддається корекції (тимчасове, не більше ніж на 1–1,5 год зниження на тлі прийому жарознижуючих препаратів з наступним її підвищенням).

10. За неможливості самоізоляції (наприклад, проживання у казармі), за епідеміологічними критеріями показана ізоляція у визначений рішенням місцевими органами влади окремих заклад з однією розміщенням (наприклад, готелі, гуртожитки). Госпіталізація за епідеміологічними критеріями в заклади охорони здоров'я, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу, не рекомендована.

Стандарт 3. Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19 Обґрунтування

Стаціонарне лікування показано у випадках середньої тяжкості і тяжкого перебігу COVID-19.

Обов'язкові критерії якості

1. Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим з підозрою/підтвердженням COVID-19 при:

- стани середньої тяжкості і тяжкому — ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище фізіологічної норми, кровохаркання, показник SpO₂ при вимірюванні пульсоксиметром <93%) при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії;
- наявність клініко-інструментальних даних гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС);
- наявність клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді);
- наявність клініко-лабораторних даних органної/системної недостатності окрім дихальної;
- пацієнти, незалежно від тяжкості стану, які відносяться до групи ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, тяжкі алергічні хвороби, цереброваскулярні захворювання в стадії декомпенсації), онкологічні захворювання;
- пацієнти незалежно від тяжкості стану, в яких відзначається підвищення температури вище 38° С, що погано піддається корекції (тимчасове, не більше ніж на 1–1,5 год зниження на тлі прийому жарознижуючих препаратів з наступним її підвищенням).

2. При надходженні пацієнта до закладу охорони здоров'я здійснюється медичне сортування, а саме:

- 1) раннє розпізнавання хворих на ТГРС, пов'язане з COVID-19 (додаток 10);
- 2) оцінюється тяжкість захворювання;
- 3) за необхідності починаються заходи медичної допомоги (додаток 11).

3. Заходи щодо профілактики інфекції та інфекційного контролю проводяться відповідно до положень, наведених у **додатках 6–7**.

4. Пацієнтам із ТГРС та ГДРС, гіпоксемією або шоком, зумовленими підтвердженою COVID-19, рання підтримуюча терапія та моніторинг надається негайно (додаток 11).

5. Усі зони, де доглядають хворих з тяжким перебігом підтвердженої COVID-19, слід обладнати:

- 1) пульсоксиметрами;
- 2) функціонуючими системами подачі кисню;
- 3) одноразовими кисневими інтерфейсами, а саме назальними канюлями, масками для обличчя з/без резервуарного мішка.

6. Пацієнтам із тяжким перебігом підтвердженої COVID-19 забезпечується моніторинг та корекція лікувальних заходів залежно від супутніх патологічних станів.

7. Відбір зразків для лабораторної діагностики здійснюється з урахуванням клінічної картини з використанням ЗІЗ (додаток 3) транспортування з відповідним направленням (додаток 4) здійснюється до лабораторного центру МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю.

8. У хворих з підтвердженою COVID-19 за неефективності терапії киснем (SpO₂ <90%) проводиться оцінка щодо ГРДС і гіпоксемічної дихальної недостатності та, за необхідності, відповідне лікування (додаток 12).

9. Слід проводити постійний моніторинг наявності ознак септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді) у хворих з COVID-19 та, за необхідності, здійснювати відповідне лікування (додаток 13).

10. Всім пацієнтам з COVID-19 здійснюється профілактика загальних ускладнень (додаток 14).

11. Вагітні жінки з підозрою на COVID-19 госпіталізуються в пологовий стаціонар, визначений структурним підрозділом з питань охорони здоров'я відповідної адміністративної території, незалежно від віку гестації (додаток 15).

Вагітним жінкам з підозрою на COVID-19 проводиться терапія відповідно до вищезазначених стандартів, з урахуванням стандартів ведення вагітності. Використання лікарських засобів поза межами інструкції до них має базуватися на аналізі ризику та користі (потенційної користі для матері та безпеки для плода) і призначатися виключно за рішенням консилиуму лікарів (лікувально-консультативної комісії) у складі щонайменше:

- 1) заступника головного лікаря;
- 2) лікаря — акушера-гінеколога;
- 3) лікаря — педіатра;
- 4) лікаря — терапевта;
- 5) лікаря — інфекціоніста (при потребі);
- 6) лікаря — рентгенолога (при потребі);
- 5) лікаря — анестезіолога.

Рішення щодо рекомендації екстрених пологів та припинення вагітності розглядається вищезазначеним консилиумом лікарів, та враховує наступні чинники:

- вік гестації;
- стан матері;
- стабільність плоду.

12. Рішення про виписку приймає лікуючий лікар на підставі відсутності або зменшення клінічних ознак захворювання, стійкої тенденції до нормалізації лабораторних показників (гемограми, СРБ, АЛТ, АСТ, сечовини, креатиніну) та на підставі двократного негативного результату лабораторного тестування. Якщо у хворого, попри відсутність клініко-лабораторних ознак активного інфекційного процесу методом ПЛР визначаються фрагменти РНК збудника (позитивний або сумнівний результат), хворий може бути виписаний додому на самоізоляцію зі спостереженням лікаря первинної медичної допомоги.

Тестування з метою прийняття рішення стосовно виписки пацієнта розпочинається не раніше 5 дня клінічного поліпшення перебігу хвороби.

Перелік літературних джерел

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 р. № 1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення» (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.01.2013 р. № 56), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 08.06.2006 р. за № 686/12560.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.2019 р. № 1126 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.06.2019 р. за № 595/33566.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 14.02.2012 р. № 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 28.04.2012 р. за № 661/20974.

4. WHO/2019-nCoV/SurveillanceGuidance/2020.3 Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance v3 31 January 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))).

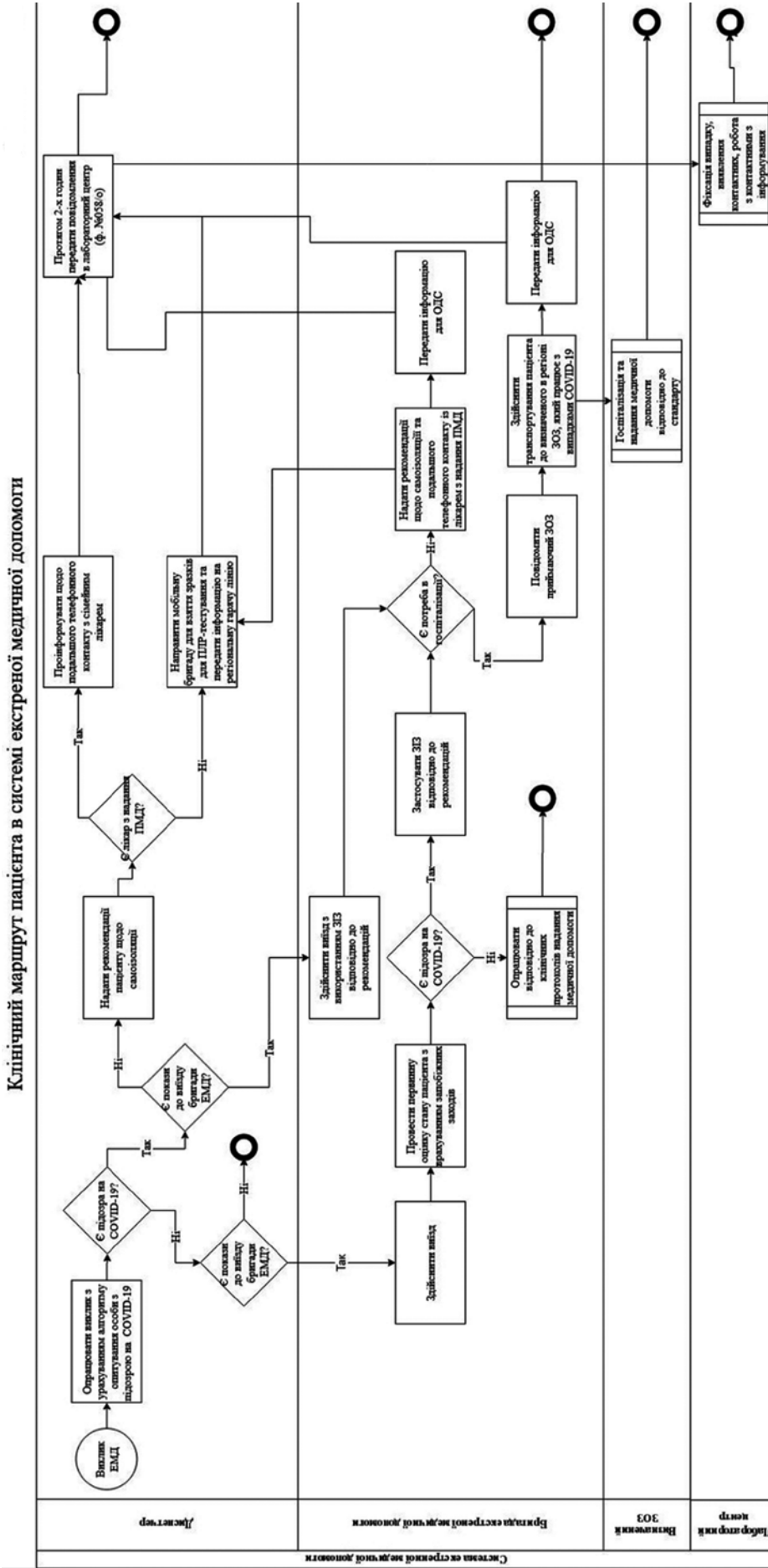
5. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance: Early investigations (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>).

6. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts Interim guidance 20 January 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)).

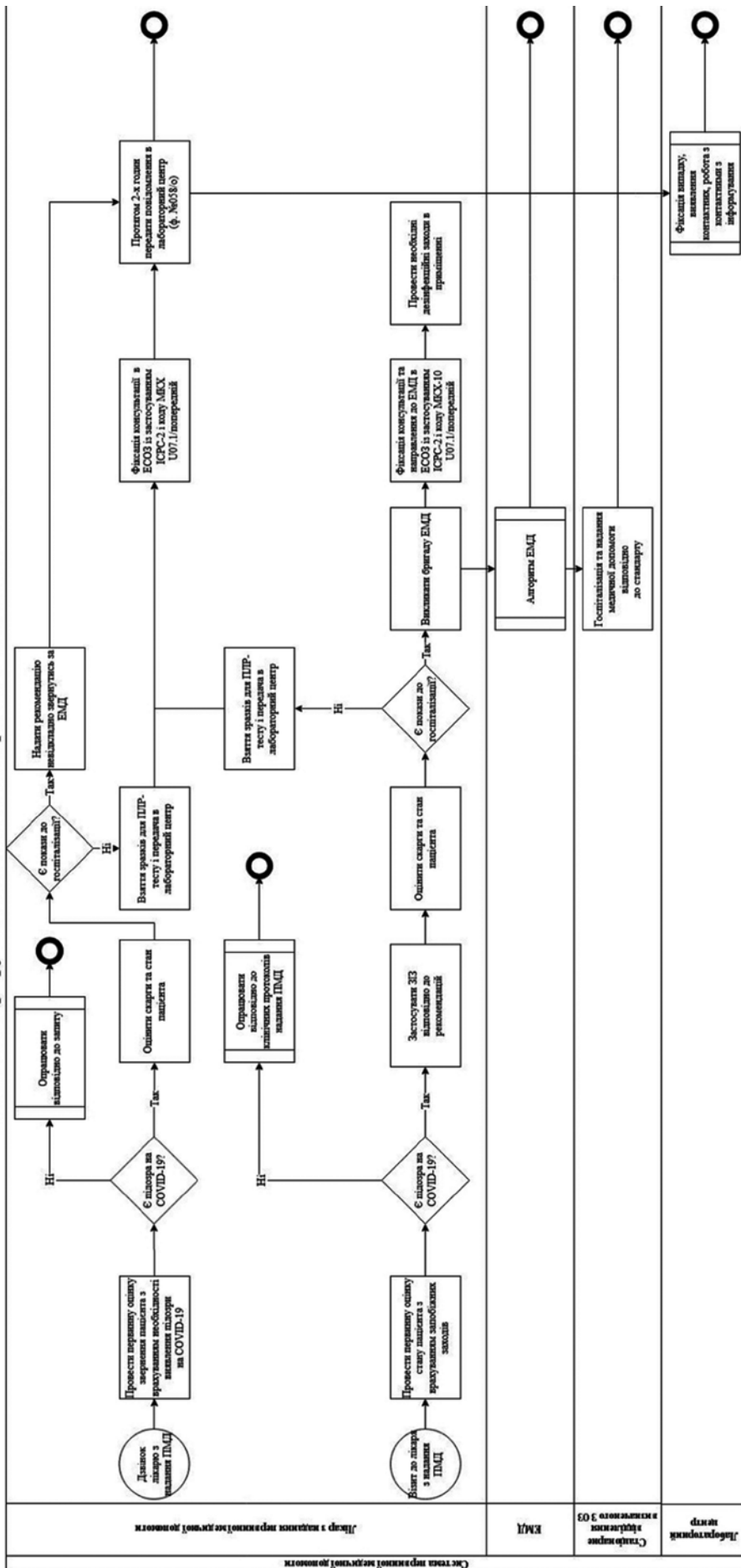
7. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim guidance 28 January 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)).

8. Novel Coronavirus (2019-nCoV) v2 Operational Support & Logistics Disease Commodity Packages (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/dcp-ncov.pdf?sfvrsn=f5fe6234_6&download=true).

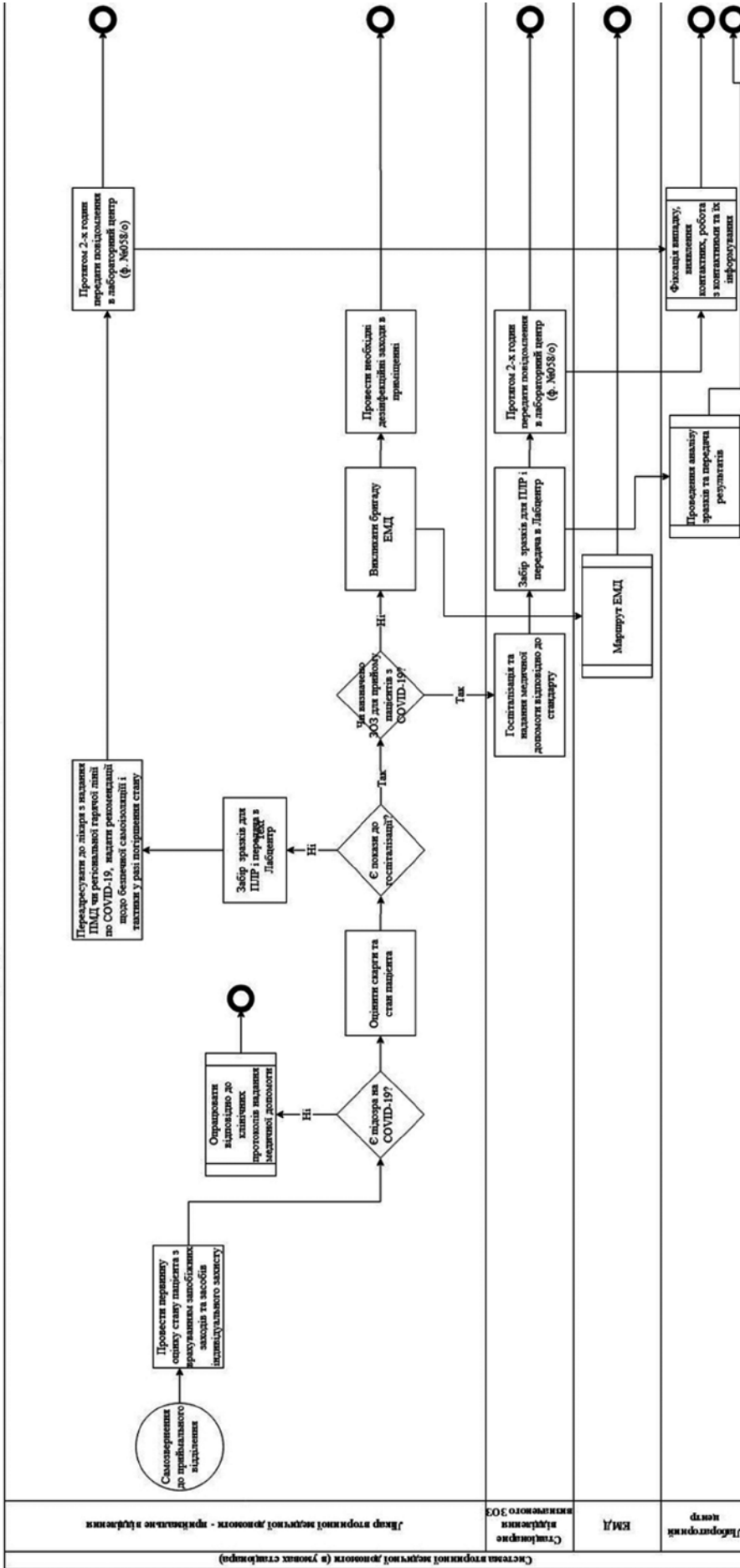
Клінічний маршрут пацієнта, який відповідає визначенню випадку COVID-19



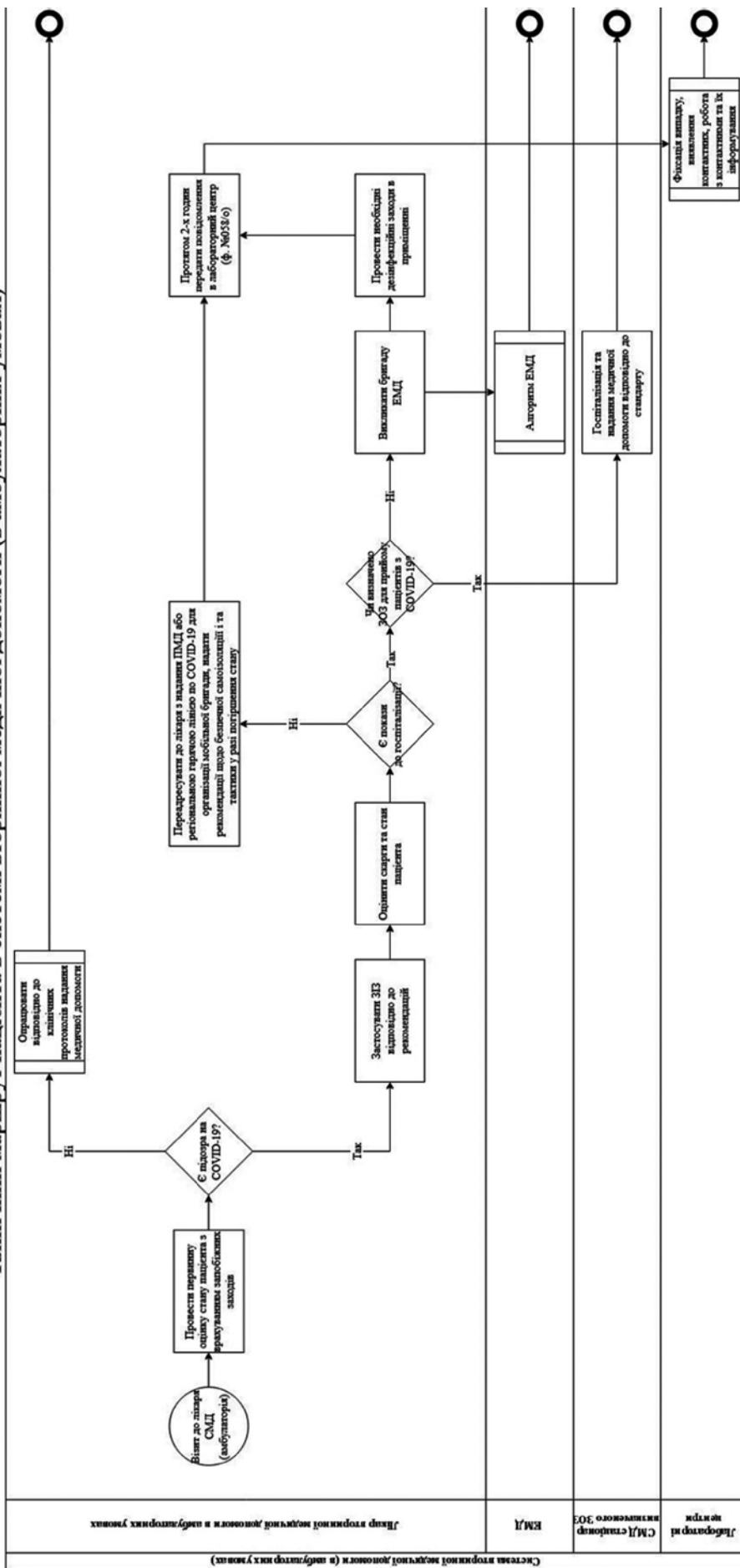
Клінічний маршрут пацієнта в системі первинної медичної допомоги



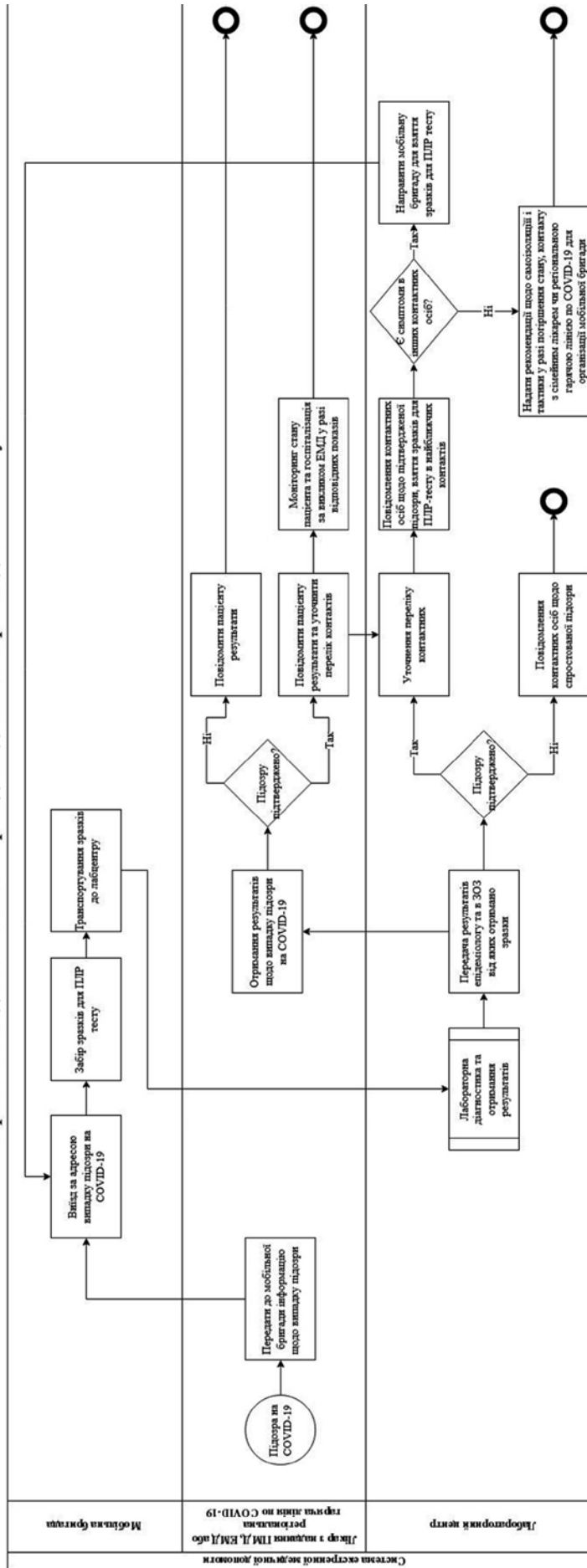
Клінічний маршрут пацієнта в системі вторинної медичної допомоги (в умовах стаціонару)



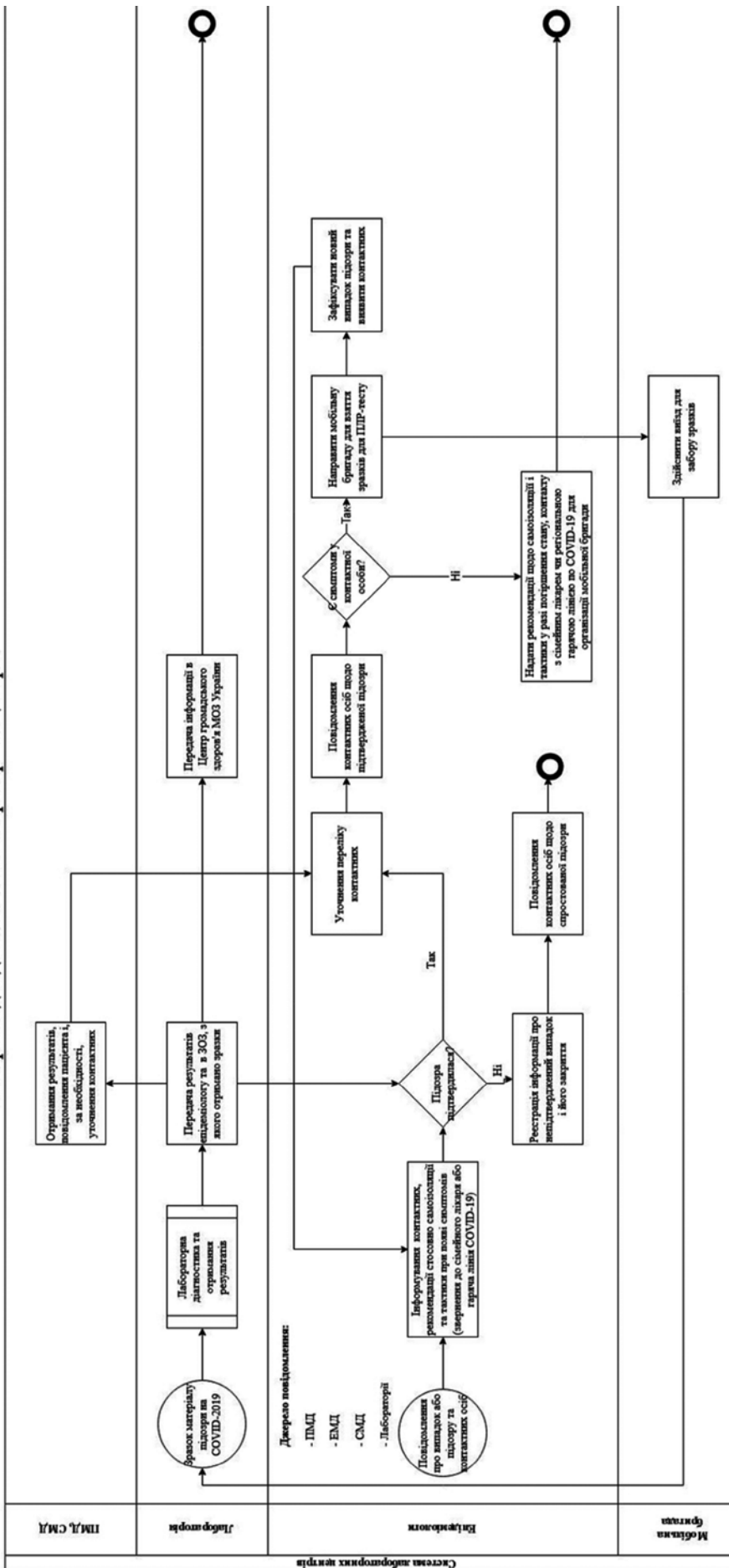
Клінічний маршрут пацієнта в системі вторинної медичної допомоги (в амбулаторних умовах)

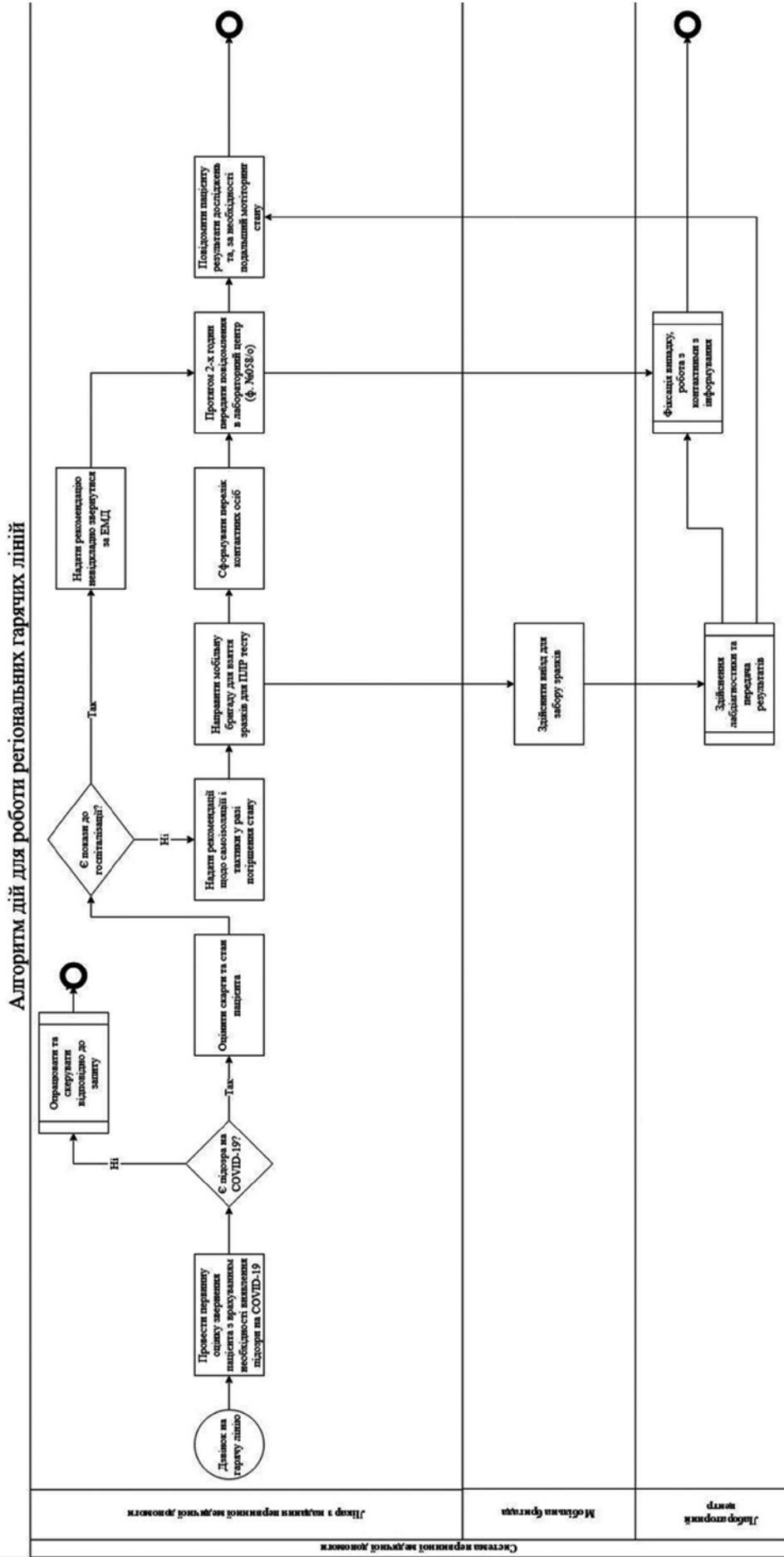


Алгоритм взаємодії з мобільними бригадами для взяття зразків для ПІР тестування



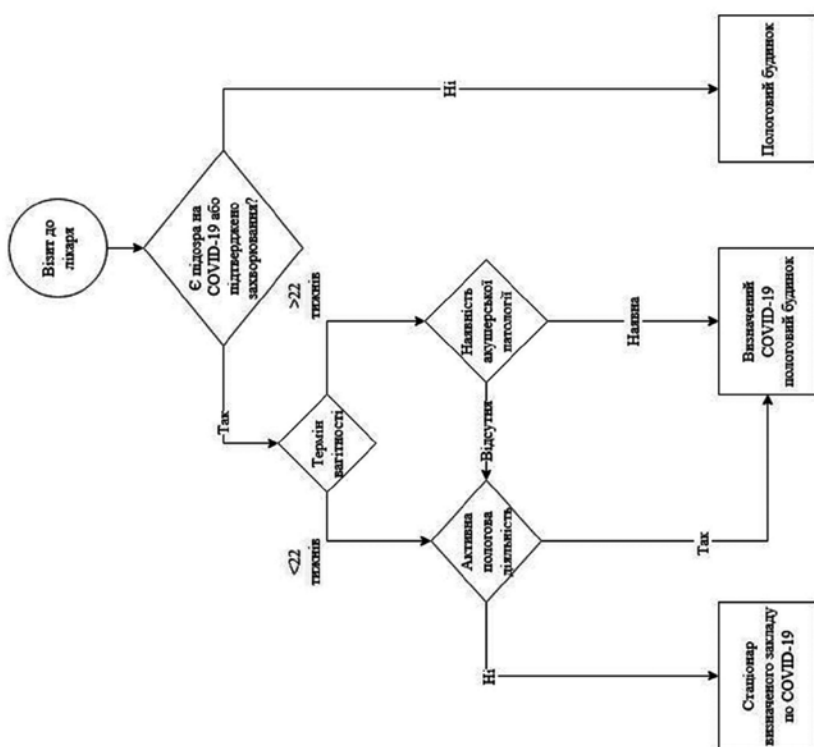
Алгоритм дій для системи лабораторних центрів





Клінічний маршрут вагітної жінки при наданні медичної

ДОПОМОГИ



Додаток 2

до Стандартів медичної допомоги COVID-19

Визначення випадку захворювання на COVID-19

Підозрілий випадок — пацієнт з гострим респіраторним захворюванням (раптовий початок, лихоманка, та хоча б один з наступних симптомів: кашель або утруднене дихання), незалежно від необхідності госпіталізації, та який за 14 днів до появи симптомів відповідає принаймні одному з наступних епідеміологічних критеріїв:

- мав контакт з підтвердженим або ймовірним випадком COVID-19;
- відвідував або проживав у країні/регіоні із місцевою передачею вірусу в громаді відповідно до ситуаційних звітів ВООЗ або
- пацієнт з тяжким гострим респіраторним захворюванням (температура тіла $\geq 38^\circ\text{C}$ та хоча б один з наступних симптомів: кашель або утруднене дихання), а ТАКОЖ необхідність госпіталізації ТА відсутність інших причин, які повністю пояснюють клінічну картину або
- пацієнт з клінічно встановленим діагнозом «пневмонія».

Ймовірний випадок — підозрілий випадок, для якого лабораторне дослідження на SARS-CoV-2 не може бути однозначно трактовано.

Підтверджений випадок — особа з лабораторно підтвердженим захворюванням COVID-19, незалежно від клінічних ознак та симптомів.

Епідеміологічно пов'язаний випадок — підозрілий випадок захворювання на COVID-19, за якого не проведено адекватного лабораторного обстеження, але який мав контакт з іншим лабораторно підтвердженим випадком COVID-19 за 14 днів до появи симптомів.

Контакт визначається як:

- особа проживає в одному домогосподарстві (квартирі, будинку) з хворим на COVID-19;
- особа мала прямий фізичний контакт з хворим на COVID-19 (наприклад, через рукоштовкування);
- особа мала незахищений контакт (без використання ЗІЗ) із слизовими виділеннями з дихальних шляхів хворого на COVID-19 (наприклад, перебування в зоні пацієнта під час кашлю, чи доторкування руками до використаних серветок);
- особа контактувала із хворим(и) на COVID-19 на відстані до одного метру протягом ≥ 15 хв, за умови НЕ використання відповідних ЗІЗ або з підозрою щодо неправильного їх використання (наприклад, порушення цілісності рукавичок);
- особа перебувала у закритому середовищі (наприклад, аудиторія, кімната для засідань, зал очікування закладу охорони здоров'я) із хворим на COVID-19 протягом ≥ 15 хв на відстані менше одного метру;
- працівники закладів охорони здоров'я, що підпадають під наступні визначення:

1) медичний працівник або інша особа, яка надає медичну допомогу або проводить догляд за хворим на COVID-19 або

2) працівники лабораторій, які обробляють зразки з дихальних шляхів отримані від хворих на COVID-19 або

3) працівники патологоанатомічних/судово-медичних бюро/відділень, які безпосередньо приймали участь у розтині тіла, в тому числі взятті зразків для проведення ПЛР дослідження **навіть за умови використання відповідних ЗІЗ;**

- контакт в літаку в межах двох сидінь (у будь-якому напрямку) з хворим на COVID-19, супутники подорожі та члени екіпажу, які проводили обслуговування в салоні літака, де знаходився хворий (якщо тяжкість симптомів (наприклад, частий кашель) або переміщення особи вказують на більш велику зону ризику щодо зараження, пасажери, які сидять у всій секції, або всі пасажери повітряного судна можуть вважатися контактними).

Додаток 3

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на SARS-CoV-2

Матеріал для дослідження відбирають медичні працівники, або представники мобільних медичних бригад з проведення заборів зразків біологічних матеріалів від пацієнтів з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19), які одягнені в ЗІЗ.

Необхідні матеріали:

- 1) ЗІЗ:
 - хірургічна (медична) маска або респіратор класу захисту не нижче FFP2;
 - захисні окуляри або щиток для обличчя;
 - ізоляційний (захисний) халат;
 - рукавички.

2) тампони та стерильна(і) пробірки з транспортним середовищем.

Використовують лише стерильні тампони з дакрону або віскози на пластиковій паличці (див. **рисунок** нижче). Тампони з альгінатом кальцію або бавовною, а також тампони з дерев'яними паличками можуть містити речовини, які інактивують деякі віруси та уповільнюють тестування в ПЛР, тому їх можна використовувати лише за відсутності дакронних або віскозних тампонів.

3) шпатель для язика (для взяття мазків із зіву).

Зразок тампону

Зразок шпателя для язика



I. Механізм відбору зразків матеріалів

Під час відбору паличку з тампоном затискають між великим, вказівним та середнім пальцями так, щоб паличка проходила наче олівець (**рис. 1**), а не впиралася у долоню (**рис. 2**). Це необхідно для забезпечення безпеки пацієнта: у першому випадку паличка просковзне в безпечному напрямку, в другому — рух палички буде обмежений, тому пацієнт може травмуватися.



Рис. 1. Паличка з тампоном взята правильно



Рис. 2. Паличка з тампоном взята неправильно

II. Методи відбору

1. Метод взяття мазків із задньої стінки глотки (мазки із зіва).

- ЗІЗ:
- хірургічна (медична) маска;

- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зіву медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
 - одягнути ізоляційний (захисний) халат;
 - одягнути маску;
 - одягнути захисні окуляри або щиток;
 - одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.
- Послідовність забору матеріалу:
- взяти тампон і повільним рухом зробити мазок із задньої стінки глотки та мигдаликів (рис. 3);

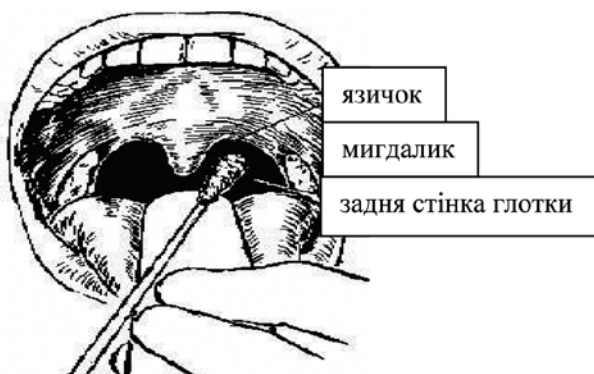


Рис. 3. Взяття мазка із зіву

- попросити пацієнта розкрити рота, щоб піднявся язичок на піднебінні (вимовити протяжний голосний звук);
- язик утримувати за допомогою шпателя;
- відбір мазків проводити, не торкаючись тампоном м'якого піднебіння;
- помістити тампон у стерильну пробірку з 2–3 мл транспортного середовища;
- відламати паличку тампона так, щоб кінець його залишився у пробірці, а кришечка закрилася. Якщо пластикова паличка не ламається, її відрізають ножицями (охладженими після стерилізації на вогні);
- зазначити в етикетці індивідуальний номер, дату відбору зразка, тип зразка в пробірці (мазок із зіву, назальний тощо) та наклеїти на контейнер із зразком, кришечку не маркувати.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, маска;
- ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, маска.

Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:

- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
- якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.

2. Метод взяття переднього назального мазка.
ЗІЗ:

- хірургічна (медична) маска;
- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зіву медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
 - одягнути ізоляційний (захисний) халат;
 - одягнути маску;
 - одягнути захисні окуляри або щиток;
 - одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.
- Послідовність забору матеріалу:

- ввести кінчик тампона в ніздрю на 2–3 см від носового отвору, торкаючись передньої носової раковини і слизової оболонки перегородки, повертаючи тампон, щоб зібрати назальні слизові виділення (рис. 4);
- тампон вводити в ніздрю паралельно піднебінню;
- абсорбувати виділення, зразки з обох ніздрів брати одним тампоном;
- помістити тампон у стерильну пробірку з 2–3 мл транспортного середовища разом із мазком із зіву;
- відламати паличку тампона так, щоб кінець його залишився у пробірці, а кришечка закрилася.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, маска;
 - ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, маска.
- Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:
- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
 - якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.

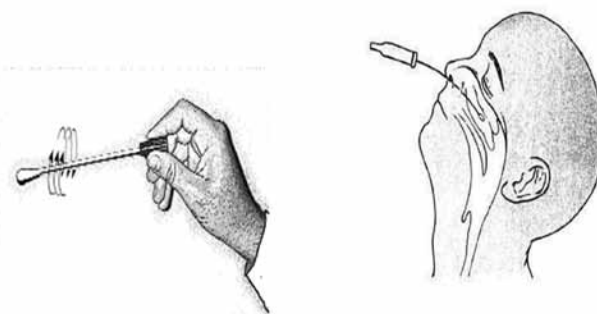


Рис. 4. Взяття мазка з носа

3. Метод відбору фарингального аспірату.
ЗІЗ:

- респіратор класу захисту не нижче FFP2;
- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зіву медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
- одягнути ізоляційний (захисний) халат;
- одягнути респіратор;
- одягнути захисні окуляри або щиток;
- одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.

Секрет носоглотки аспірувати вакуумним відсмоктувачем та катетером, що приєднаний до флакона для відбору матеріалу;

- катетер вводити в ніздрю паралельно піднебінню (рис. 5);
- провести вакуумну аспірацію, під час якої катетер виймати повільно за допомогою обертового руху. Слиз із другої ніздрі збирати тим самим катетером;
- зразок матеріалу помістити у стерильну пробірку з 2–3 мл транспортного середовища.

У разі дослідження методом ПЛР зразок матеріалу поміщують в стерильну одноразову пробірку, що не містить дезоксирибонуклеази та рибонуклеази, щільно закривають кришку пробірки.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, респіратор;
- ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, респіратор.

Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:

- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
- якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.



Рис. 5. Взяття фарингеального аспірату
4. Метод відбору секційного матеріалу ЗІЗ:

- респіратор класу захисту не нижче FFP2;
- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зіву медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
- одягнути ізоляційний (захисний) халат;
- одягнути респіратор;
- одягнути захисні окуляри або щиток;
- одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.

Для дослідження відібрати 3–4 зразки матеріалів легень, трахеї, сегментарних бронхів з ознаками патоморфологічних змін об'ємом 1 см³;

- зразки матеріалів помістити в одноразові стерильні поліпропіленові кріофлакони з гвинтовими кришками, що щільно закриваються;
- зразки транспортувати замороженими відповідно до Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.2019 р. № 1126, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 07.06.2019 р. за № 595/33566;
- для мінімізації інфікування персоналу застосовувати біопсійну голку (рис. 6);



Рис. 6. Біопсійна голка для відбору зразків секційних матеріалів

- відбір зразка матеріалу здійснювати з ділянки легень, де рентгенологічно визначено ознаки пневмонії. Для контролю відібрати 1 біоптат із неураженої ділянки. Відбирають мінімум 4 зразки з глибокого шару тканин з ознаками пневмонії, за наявності рідкого азоту — 5 зразків.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, респіратор;

- ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, респіратор.

Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:

- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
- якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.

Зберігання та транспортування зразків

Важливою умовою для транспортування зразків є відповідність правилам поштових та кур'єрських перевезень. Зразки повинні бути упаковані в три шари пакувального матеріалу, що відповідає вимогам до пакування Р650 для інфекційних субстанцій UN 3373 категорії В, для захисту від ушкоджень під час транспортування та забезпечення безпеки персоналу, який відповідає за транспортування та одержання/розпакування зразків. Перший шар з трьохшарової системи пакування є кріосудина для зразка, другий шар — контейнер, що не пропускає рідину (це може бути пакет із застібкою або контейнер із пластика) і третій шар — тверде зовнішнє пакування (сумка-холодильник). Між кріосудинами та другим водонепроникним шаром має розміщуватися абсорбуючий матеріал, достатній для того, щоб абсорбувати весь об'єм зразків.

Максимальний термін зберігання назофарингеальних зразків при температурі +4° С складає не більше 5 дб. При неможливості направити зразки протягом 48–72 год слід заморозити їх при температурі –70° С або нижче. В ідеальному випадку всі мазки з дихальних шляхів, належить транспортувати в лабораторію протягом 24–48 год з моменту взяття. Однак, якщо це неможливо, їх слід заморозити при температурі –70° С. Кількість циклів заморожування-розморожування має бути мінімальним, оскільки це може зруйнувати вірус у зразку.

Додаток 4
до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19, хворої на пневмонію або повторне

Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження			
Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок			
Лікар			
Адреса			
Номер телефону			
Визначення випадку:		<input type="checkbox"/> Підозрілий <input type="checkbox"/> Ймовірний	
Інформація про пацієнта			
Ім'я		Прізвище	
Номер пацієнта		Дата народження	Вік:
Адреса		Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Невідомо	
Номер телефону		Місце роботи, професія	
Інформація про зразок			
Тип	<input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назофарингальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Калові маси		
До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні скотактувати з лабораторією ДО надсилання зразку.			
Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.			
Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта <input type="checkbox"/>			
Дата забору		Час забору	
Пріоритетність			
Клінічні дані			
Дата початку захворювання:			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
		Країна повернення	
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			

Результат дослідження на COVID-19	<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний
Дата отримання результату дослідження	
Метод дослідження	<input type="checkbox"/> ПЛР <input type="checkbox"/> Швидкий тест (імунохроматографія) <input type="checkbox"/> ІФА
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник	
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження	
Додаткові коментарі	

Розділ таблиці «Інформація про пацієнта» заповнюється лише друкованими літерами.

Додаток 5

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Моніторинг контактних осіб хворого на COVID-19

Моніторинг контактів вірогідних та підтверджених випадків:

- контактних осіб спостерігають протягом 14 днів від останнього незахищеного контакту;
- контактним особам рекомендується обмежувати пересування, відвідування громадських місць.

Моніторинг структурними підрозділами закладів охорони здоров'я може здійснюватися через побутові візити чи онлайн або телефоном, щоб перевірити наявність симптомів.

Будь-яка контактна особа, яка захворіла і відповідає визначенню випадка COVID-19, стає підозрюваною на наявність SARS-CoV-2 і повинна бути перевірена (протестована).

Контактні особи будь-яких нещодавно виявлених ймовірних або підтверджених випадків COVID-19 мають бути встановлені та підлягають моніторингу стану здоров'я.

Додаток 6

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Раціональне використання ЗІЗ при захворюванні на COVID-19

Коронавірусна хвороба (COVID-19) віднесена до особливо небезпечних інфекційних хвороб. У зв'язку з чим працівники, які мають контакт з хворими, особами з підозрою та/або працюють з біологічним матеріалом хворих, осіб з підозрою або померлих від COVID-19, повинні бути забезпечені робочим одягом (не менше 3 комплектів), а також захисним одягом та ЗІЗ одноразового чи багаторазового використання:

Призначення	Тип ЗІЗ	Примірні характеристики	Національні стандарти
Захист рук	Рукавички непудресені	Без тальку, нітрилові, еластичні, не містять латексу або натурального каучуку, для одноразового використання, універсальні	ДСТУ EN 455-1:2014 «Захисні засоби. Рукавички медичні одноразового використання. Частина 1. Вимоги та методи випробування щодо відсутності отворів»
Захист очей	Захисні окуляри	Закриті з непрямою вентиляцією. Прозорі пластикові лінзи з покриттям від запотівання та захистом від подряпин. Ремінці, що регулюються, забезпечують міцне закріплення або з гнучкою рамкою з полівінілхлориду, що легко пристосовується до всіх контурів обличчя та розміщується з рівномірним тиском. Стьїкі до очищення та дезінфекції	ДСТУ EN 166:2017 «Засоби індивідуального захисту очей. Технічні умови»
	Захисний щиток/екран	Повинен повністю закривати обличчя, зокрема, з боків та по довжині. Виготовлений з прозорого матеріалу з покриттям від запотівання та захистом від подряпин. З конструкцією, що забезпечує щільне прилягання до голови та зручне носіння. Стьїкі до очищення та дезінфекції	ДСТУ EN 166:2017 «Засоби індивідуального захисту очей. Технічні умови»

Захист органів дихання	Респіратор	Респіратор призначений для захисту від дрібнодисперсних аерозолів. Максимальний захист від твердих та рідких аерозолів при концентрації не нижче 12 ГДК. Клас захисту респіратору FFP2/ FFP3 згідно з вимогами міжнародних стандартів. Респіратор повинен бути виготовлений з нетканого фільтрувального матеріалу. Респіратор повинен бути оснащений носовим зажимом (носовою кліпсою), носовим обтюратором. Внутрішня частина респіратора має бути виготовлена з м'якого гіпоалергенного нетканого матеріалу	ДСТУ EN 149:2017 «Засоби індивідуального захисту органів дихання. Фільтрувальні півмаски для захисту від аерозолів. Вимоги, випробування, маркування» Технічний регламент засобів індивідуального захисту, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.2008 р. № 761
	Медична (хірургічна) маска	Виготовлена з гіпоалергенного нетканого матеріалу без запаху. На резинках або зав'язках, з фіксатором на переніссі	ДСТУ EN 14683:2014 «Маски хірургічні. Вимоги та методи випробування»
Захисний одяг	Ізоляційний костюм (костюм біозахисту)	М'який та легкий, з проклеєними швами, з трикотажними манжетами на рукавах або петлею для пальців, антистатичною обробкою, забезпечує поєднання з іншими типами ЗІЗ. Водостійкий	ДСТУ EN 14126:2008 «Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробування» ДСТУ EN 13034:2017 «Одяг захисний. Захист від рідких хімічних речовин. Вимоги до експлуатаційних характеристик захисного одягу для обмеженого захисту від рідких хімічних речовин» ДСТУ EN 14605:2017 «Одяг захисний. Захист від рідких хімічних речовин. Вимоги до експлуатаційних характеристик одягу з непроникними до рідини (тип 3) або непроникними до спрею (тип 4) з'єднаннями та до предметів одягу для захисту частин тіла»
	Ізоляційний халат	М'який та легкий, з проклеєними швами, з трикотажними манжетами на рукавах або петлею для пальців, антистатичною обробкою, забезпечує поєднання з іншими типами ЗІЗ. Водостійкий. З довгими рукавами та довжиною до середини литок. З ремінцями, що фіксуються на талії та шії	ДСТУ EN 14126:2008 «Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробування» ДСТУ EN 13034:2017 «Одяг захисний. Захист від рідких хімічних речовин. Вимоги до експлуатаційних характеристик захисного одягу для обмеженого захисту від рідких хімічних речовин» ДСТУ EN 14605:2017 «Одяг захисний. Захист від рідких хімічних речовин. Вимоги до експлуатаційних характеристик одягу з непроникними до рідини (тип 3) або непроникними до спрею (тип 4) з'єднаннями та до предметів одягу для захисту частин тіла»

Медичні працівники повинні бути забезпечені засобами для гігієни рук, у тому числі спиртовмісними антисептиками в невеликому фасуванні. Перед входом до палат перебування хворих, приміщень «чистої» зони, побутових приміщень персоналу повинні встановлюватись диспенсери для антисептиків.

Рациональне використання ЗІЗ за призначенням або типом залежить від категорії осіб, дій, які вони вчиняють та умов перебування:

Умови	Категорія осіб	Дії	ЗІЗ за призначенням або типом
Заклади охорони здоров'я			
Стационарне відділення			
Палата для пацієнтів	Лікарі та середній медичний персонал	Надання медичної допомоги та догляд за пацієнтами з COVID-19	Медична маска або респіратор Ізоляційний халат/ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
		Аерозольгенеруюча процедура	Респіратор Ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
	Молодший медичний персонал	Робота в палаті, де перебуває пацієнт з COVID-19	Медична маска або респіратор Ізоляційний халат Захист рук Захист очей Закрите взуття, що піддається очищенню і дезінфекції
Інші зони транзиту пацієнта	Всі співробітники	Діяльність, не пов'язана з контактом з пацієнтом з COVID-19	Медична маска в період дії карантину
Приймальне відділення	Медичний персонал	Попередній скринінг без прямого контакту	Медична маска Захист рук Захист очей
	Медичний персонал	Фізикальне обстеження хворого з респіраторними симптомами	Медична маска або респіратор Ізоляційний халат/ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
	Медичний персонал	Фізикальне обстеження хворого без респіраторних симптомів	Відповідно до стандартних заходів безпеки та оцінки ризиків Медична маска в період дії карантину
	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Медична маска
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	Медична маска в період дії карантину
Лабораторія	Лаборант	Маніпуляції із зразками	Респіратор Ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
		Адміністративні зони	Всі співробітники
Амбулаторні, поліклінічні та консультативно-діагностичні відділення/заклади			
Консультативні кабінети (кабінети прийому)	Медичний персонал	Фізикальне обстеження хворого з респіраторними симптомами	Медична маска або респіратор Ізоляційний халат/ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
	Медичний персонал	Фізикальне обстеження хворого без респіраторних симптомів	Відповідно до стандартних заходів безпеки та оцінки ризиків Медична маска в період дії карантину
	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Медична маска
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	Медична маска в період дії карантину
	Молодший медичний персонал	Після і між консультаціями пацієнтів з респіраторними симптомами	Медична маска Ізоляційний халат Захист рук Захист очей Закрите взуття, що піддається очищенню і дезінфекції

Зони очікування	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Медична маска
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	Медична маска в період дії карантину
Адміністративні зони	Всі співробітники	Адміністративні завдання, які не передбачають контакту з пацієнтом з COVID-19	Медична маска в період дії карантину
Приймальне відділення	Медичний персонал	Попередній скринінг без прямого контакту	Медична маска в період дії карантину
	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Медична маска
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	Медична маска в період дії карантину
В умовах амбулаторного лікування та догляду на дому			
Домашні умови	Пацієнти	Будь-яка	Медична маска
	Медичний персонал	Проведення догляду або надання медичної допомоги пацієнту з COVID-19 на дому	Медична маска або респіратор Ізоляційний халат/ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
При наданні екстреної медичної допомоги та при виїзді мобільних бригад			
Санітарний транспорт або місце перебування/проживання особи	Медичний персонал	Транспортування особи з підозрою на COVID-19	Медична маска або респіратор Ізоляційний халат/ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
	Члени мобільних бригад	Забір зразків	Респіратор Ізоляційний костюм Захист рук Захист очей
	Водії	Транспортування особи з підозрою на COVID-19 в транспорті з відділеною зоною водія	Медична маска в період дії карантину
		Допомога при завантаженні або вивантаженні особи з підозрою на COVID-19	Медична маска Ізоляційний халат Захист рук Захист очей
		Транспортування особи з підозрою на COVID-19 в транспорті без відділеної зони водія	Медична маска
	Особа з підозрою на COVID-19	Транспортування	Медична маска

Ризик інфікування працівників в першу чергу пов'язаний з (від більшого до меншого):

- проведенням аерозольгенеруючих процедур, в тому числі: серцево-легеневої реанімації, мануальної вентиляції перед інтубацією, інтубації трахеї, неінвазивної вентиляції, трахеотомії, бронхоскопії, гастроскопії, аутопсії, забору зразків з нижніх та верхніх дихальних шляхів хворих та особам з підозрою на COVID-19;
- наданням медичної допомоги в умовах відділень інтенсивної терапії пацієнтам з COVID-19;
- наданням екстреної медичної допомоги хворим та особам з підозрою на COVID-19;
- роботою в палатах перебування пацієнтів з COVID-19 та наданням медичної допомоги на дому;
- роботою зі зразками пацієнтів та осіб з підозрою на COVID-19;
- роботою в приймальних відділеннях та на пунктах сортування;
- роботою в обсерваторах;

- роботою в амбулаторних, поліклінічних та консультативно-діагностичних відділеннях закладів охорони здоров'я з пацієнтами з ознаками респіраторних захворювань;
- роботою в амбулаторних, поліклінічних та консультативно-діагностичних відділеннях закладів охорони здоров'я з загальним потоком пацієнтів.

Переодягання та заміна захисного одягу та ЗІЗ при наданні медичної допомоги, у тому числі при проведенні лабораторних досліджень, повинно проводитись не рідше одного разу за зміну, або при кожному виході із «брудної» зони і наступним входом до неї.

Одноразові медичні маски повинні змінюватись кожні 2–3 год, тривалість використання респіраторів впродовж робочої зміни визначається рекомендаціями виробника. Респіратор (маску) також слід замінити якщо:

- він став вологим;
- відбувся дотик до нього потенційно забрудненими руками (навіть в рукавичках);
- після виходу з «брудної» зони (респіратор дозволено знімати виключно в чистій зоні);
- відбулось потрапляння на респіратор (маску) будь-яких біологічних рідин.

Респіратор (маску) необхідно знімати в рукавичках, за резинки (зав'язки), не торкаючись зовнішньої та внутрішньої поверхні респіратора (маски).

Після використання, захисний одяг та ЗІЗ, підлягають знезараженню згідно з вимогами Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених наказом МОЗ України від 08.06.2015 р. № 325, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 07.08.2015 р. № 959/27404, як відходи категорії В «епідемічно небезпечні медичні відходи».

Вироби багаторазового використання (захисні окуляри, захисний екран, захисний щиток тощо) знезаражуються шляхом їх протирання кожні 2 год (при забрудненні біологічним матеріалом — невідкладно) з використанням спиртовмісних дезінфікуючих засобів. Після використання вони знезаражуються шляхом двократного протирання з інтервалом 15 хв, дозволеним до використання дезінфікуючим засобом або зануренням в 70% етиловий спирт на 30 хв. Після знезараження вони промиваються теплою водою з миючим засобом та висушуються в положенні, що дозволяє вільний відтік води.

При знезараженні багаторазового захисного одягу потрібно враховувати рекомендації виробника для того, щоб вироби не втратили свої захисні властивості. Одяг, що не підлягає подальшому використанню знезаражується як відходи категорії В «епідемічно небезпечні медичні відходи».

Для своєчасного поповнення запасу захисного одягу та ЗІЗ одноразового чи багаторазового використання рекомендується використовувати інструмент прогнозування Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO COVID-19 Essential Supplies Forecast Tool).

Орієнтовна потреба в ЗІЗ ґрунтується на забезпеченні денної норми для працівників закладів охорони здоров'я, в яких надається медична допомога пацієнтам з COVID-19.

Категорія працівників	Одиниця виміру	Залученість	Орієнтовна потреба у ЗІЗ на добу				
			Захист рук	Захист очей	Захист органів дихання		Захисний одяг
					Маски медичні	Респіратори	
Лікари	особа	100%	7	2	11	2	4
		25%	4	1	9	1	4
Середній персонал	особа	100%	7	2	11	2	4
		25%	4	1	9	1	4
Молодший персонал	особа	100%	7	2	11	2	4
		25%	4	1	9	1	4
Інший персонал	особа	100%	7	2	11	2	4
Фахівці ЕМД	бригада	100%	26	2,6	26		26

До іншого персоналу відноситься інший (немедичний) персонал, безпосередньо залучений до заходів з протидії COVID-19 (волонтери, доглядальники тощо).

Залученість формується виходячи з розрахунку у 25% для загальної кількості медичних працівників та 100% працівників, які безпосередньо працюють з хворими на COVID-19.

При формуванні потреби на багаторазові засоби захисту очей на тривалий період їх добова розрахункова кількість на кількість діб не множитья.

*Додаток 7
до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»*

Заходи з профілактики інфекцій та інфекційний контроль під час надання медичної допомоги пацієнту, який підлягає визначенню випадку COVID-19

Здійснюються працівниками охорони здоров'я (медичними працівниками), керівниками закладів охорони здоров'я та комісіями з інфекційного контролю.

Запобігання або обмеження передачі інфекції в закладах охорони здоров'я включають наступні етапи:

1. Раннє виявлення та контроль за джерелом інфекції.
2. Застосування стандартних запобіжних заходів для всіх пацієнтів.
3. Впровадження заходів, що направлені на запобігання передачі (крапельні та контактні, а також, у разі необхідності, повітряні) за підозри на випадки інфекції.
4. Здійснення адміністративного контролю.
5. Здійснення санітарно-протиепідемічного та інженерного контролю.

Раннє виявлення джерела інфекції та здійснення контролю

Впровадження клінічного сортування пацієнтів включає раннє виявлення та негайне розміщення пацієнтів в ізольованій зоні окремо від інших пацієнтів (контроль джерела інфекції), що є важливим заходом для швидкої ідентифікації, ізоляції та надання догляду пацієнтам, у яких є підозра на COVID-19. З метою раннього виявлення випадків інфекції, медичні установи повинні впровадити наступне:

- медичні працівники повинні мати високий рівень перестороги щодо виявлення ознак інфікування у пацієнтів;
- розміщувати інформаційні матеріали у громадських місцях для інформування пацієнтів щодо симптомів захворювання та про необхідність сповіщення медичних працівників про них;
- сприяти просуванню та дотриманню респіраторної гігієни та етикету кашлю, як важливих запобіжних заходів;
- пацієнтів з підозрою на COVID-19 необхідно розмістити в ізольованій зоні, окремо від інших пацієнтів, та негайно застосувати додаткові запобіжні заходи з інфекційного контролю.

Застосування стандартних заходів безпеки для всіх пацієнтів

Стандартні заходи безпеки включають гігієну рук, етикет кашлю і респіраторну гігієну; використання ЗІЗ в залежності від ризику; запобігання травмуванню голкою або гострими предметами; безпечне поводження з відходами; санітарно-епідемічні заходи, дезінфекцію та стерилізацію обладнання та білизни, що використовуються при догляді за пацієнтами.

Заходи з респіраторної гігієни та етикету кашлю включають:

- надягання медичної маски за підозри на COVID-19 тим, хто не має проти показань;
- нагадування щодо необхідності прикривати ніс і рот під час кашлю або чхання серветкою або зігнутим ліктем при перебуванні в оточенні інших людей;
- дотримання гігієни рук після контакту з виділеннями з дихальних шляхів.

Раціональне, правильне та послідовне використання ЗІЗ та дотримання гігієни рук сприяє зменшенню поширення збудників інфекційних хвороб. Ефективність використання персоналом ЗІЗ залежить від відповідної підготовки персоналу, дотримання гігієни рук та особливостей поведінки людини.

Також необхідно переконатися, що процедури очищення та дезінфекції у закладі виконуються послідовно та правильно. Ретельне очищення поверхонь водою та миючими засобами, застосування дезінфікуючих засобів, які зазвичай використовуються на рівні медичних закладів є ефективною та достатньою процедурою. Здійснювати управління медичними відходами слід відповідно до стандартних процедур (алгоритмів, протоколів).

Впровадження заходів, що направлені на запобігання передачі

1. Контактні та крапельні заходи безпеки.

Окрім стандартних заходів безпеки, усі особи, включаючи членів сім'ї, відвідувачів та медичних працівників, повинні застосовувати заходи безпеки, а саме:

- пацієнтів слід розміщувати в одномісних кімнатах/палатах, які мають достатню вентиляцію (для приміщень з природньою вентиляцією адекватним вважається показник 60 л/сек/пацієнт);
- за відсутності одномісних палат, використовується когортна ізоляція, тобто пацієнти з підозрою на COVID-19 розміщуються разом;
- відстань між ліжками має становити мінімум один метр одне від одного;
- за необхідності, можливе визначення та призначення певної групи медичних працівників, які проводитимуть догляд лише за групою пацієнтів з підозрою/підтвердженим випадком COVID-19, що обмежує передачу інфекційного агенту;
- використовувати медичну маску;
- використовувати захист для очей/обличчя (окуляри або захисний щиток);
- використовувати чистий нестерильний ізоляційний (захисний) халат, стійкий до рідини, з довгими рукавами;
- використовувати рукавички;
- використовувати індивідуальне спеціальне обладнання (наприклад, стетоскопи, манжети артеріального тиску та термометри) або якщо передбачається використовувати таке медичне обладнання для декількох пацієнтів, перед кожним застосуванням необхідно провести очистку та дезінфекцію;
- утримуватися від торкання очей, носа чи рота потенційно забрудненими руками;
- уникати переміщення та транспортування пацієнтів із кімнати чи зони без медичних показань;
- використовувати портативне рентгенівське та/або інше необхідне діагностичне обладнання в разі необхідності. Якщо виникає потреба у транспортуванні пацієнта, слід одягти медичну маску на пацієнта та використовувати заздалегідь визначені транспортні маршрути з метою зниження ризиків інфікування персоналу, інших пацієнтів та відвідувачів;
- переконатися, що медичні працівники, які здійснюють транспортування пацієнтів, одягнули відповідні ЗІЗ, як описано в даному розділі, та суворо дотримуються гігієни рук;
- до прибуття пацієнта, слід сповістити приймаючий медичний пункт щодо необхідності вжиття необхідних заходів безпеки якомога швидше;
- здійснювати регулярну очистку та дезінфекцію поверхонь, що контактують з пацієнтом;
- обмежити кількість контактів медичних працівників, членів сім'ї та відвідувачів з пацієнтом з підозрою на COVID-19;
- здійснювати облік усіх осіб, які заходять до палати пацієнта, включаючи весь персонал та відвідувачів.

2. Дотримання повітряних заходів безпеки під час аерозоль-генеруючих процедур у разі підозри на COVID-19.

Деякі процедури (такі як інтубація трахеї, неінвазивна вентиляція, трахеотомія, серцево-легенева реанімація, ручна вентиляція перед інтубацією та бронхоскопією) під час яких генерується аерозоль, можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком передачі коронавірусів (SARS-CoV та MERS-CoV).

Необхідно переконаватися в тому, що під час проведення аерозоль-генеруючих процедур медичні працівники:

- використовують сертифікований протиаерозольний респіратор класу захисту не менше FFP2. Надягаючи одноразовий протиаерозольний респіратор, завжди перевіряйте його на щільність прилягання (тест «долоні»). Необхідно зауважити, що людині, яка має волоссяний покрив на обличчі (борода), респіратор не може забезпечити належний рівень захисту;
- використовувати захист для очей (окуляри або захисний щиток);
- використовувати чистий нестерильний ізоляційний (захисний) халат з довгими рукавами та рукавички;
- якщо халат не є водостійким, потрібно використовувати фарти під час процедур із очікуваними великими обсягами рідин, які можуть проникнути через халат;
- проводити медичні процедури необхідно у адекватно провітрюваному приміщенні, тобто:

- природна вентиляція, мінімум, має відповідати показнику 160 л/с/пацієнт;
- використовувати приміщення з негативним тиском, щонайменше з 12-кратним повітрообміном на годину та контролем напрямком потоку повітря при використанні механічної вентиляції;
- обмежити кількість осіб, присутніх в кімнаті, до абсолютного мінімуму, необхідного для проведення процедури та підтримки пацієнта.

3. Адміністративний контроль.

Адміністративний контроль включає наступні аспекти діяльності:

- створення стійких інфраструктур та заходів з ПІК;
- навчання медичних працівників;
- навчання осіб, що надають послуги з догляду за пацієнтами;
- раннє виявлення гострої респіраторної інфекції, яка може бути пов'язана з SARS-CoV-2, доступ до проведення оперативного лабораторного тестування з метою виявлення етіологічного агенту;
- запобігання виникненню надмірної кількості пацієнтів, особливо у відділенні невідкладної допомоги;
- забезпечення облаштування окремо виділених зон очікування для симптоматичних пацієнтів та відповідне розміщення госпіталізованих пацієнтів, що сприятиме адекватному співвідношенню кількості пацієнтів до кількості персоналу;
- забезпечення регулярних поставок медичного обладнання та його використання;
- дотримання стандартів та процедур з врахуванням принципів інфекційного контролю щодо всіх аспектів надання медичної допомоги — з акцентом на впровадження епідагляду за гострою респіраторною інфекцією, яка може бути пов'язана з SARS-CoV-2 та врахуванням факту важливості надання безпечної медичної допомоги;
- моніторинг фахової відповідності медичного працівника з наданням необхідних механізмів для професійного вдосконалення.

4. Здійснення санітарно-протиепідемічного та інженерного контролю.

До санітарно-протиепідемічного та інженерного контролю закладів охорони здоров'я належить контроль за базовою інфраструктурою медичних закладів. Дані підходи стосуються забезпечення належної вентиляції медичного закладу у всіх приміщеннях, а також належного їх очищення. Необхідно дотримуватися просторового розмежування, мінімум один метр між пацієнтом з підозрою на COVID-19 та іншими людьми. Обидва засоби контролю можуть сприяти у зменшенні поширення багатьох патогенів під час надання медичної допомоги.

Заходи безпеки направлені на запобігання передачі (контактні та крапельні) мають тривати до тих пір, поки у пацієнта будуть проявлятися симптоми (до закінчення періоду контагіозності).

5. Збір та обробка лабораторних зразків від пацієнтів із підозрою на COVID-19.

Усі зразки, відібрані для проведення лабораторних досліджень, необхідно розглядати як потенційно біологічно небезпечні, а медичні працівники, які збирають або транспортують клінічні зразки, повинні суворо дотримуватися стандартних заходів безпеки, з метою мінімізації можливості інфікування.

Необхідно переконаватися в тому, що медичні працівники, які відбирають зразки, використовують відповідні ЗІЗ (захист для очей, медична маска, халат з довгими рукавами, рукавички). Якщо зразок відбирають під час аерозоль-генеруючої процедури, персонал повинен надягати протиаерозольний респіратор класу захисту не нижче FFP2.

Персонал, який транспортує зразки, має пройти відповідне навчання щодо безпеки поводження зі зразками та процедур знезараження розливу інфікованих зразків.

Зразки для транспортування необхідно помістити у герметичні пакети для зразків (вторинний контейнер), які мають окрему герметичну кишеню для зразка (тобто пластиковий мішок для біологічно небезпечних зразків), розмістивши на контейнері для зразків етикетку з даними пацієнта (первинний контейнер) та лабораторну форму запиту з чітким зазначенням усієї необхідної інформації.

Додаток 8

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Рекомендації з догляду за пацієнтом з COVID-19 в домашніх умовах

1. Пацієнта слід розмістити у добре провітрюваному приміщенні.

2. Слід обмежити кількість осіб, які проводять догляд за пацієнтом — призначте одну особу не з категорії ризику розвитку ускладнень. Відвідування забороняються.

3. Члени домогосподарств повинні перебувати в окремій кімнаті або, якщо це неможливо, підтримувати відстань не менше одного метра від пацієнта (наприклад, спати в окремому ліжку). Винятком може вважатися мати, що годує грудьми (враховуючи переваги грудного вигодовування та незначну роль грудного молока в передачі інших респіраторних вірусів, мати може продовжувати годувати грудьми; водночас вона повинна носити медичну (хірургічну) маску, коли вона знаходиться поруч з дитиною, і ретельно дотримуватися гігієни рук перед тісним контактом з дитиною).

4. Слід обмежити рух пацієнта та мінімізувати загальний простір (переконайтеся, що загальні приміщення (наприклад, кухня, ванна кімната) добре провітрюються (наприклад, тримайте вікна відкритими).

5. Особа, яка проводить догляд, повинна носити медичну (хірургічну) маску, що щільно прилягає до обличчя, коли знаходиться в одній кімнаті з хворим. При носінні маски до неї не слід доторкуватися. Якщо маска стане вологою або забрудниться, її потрібно негайно змінити. Слід використовувати виключно одноразові маски та проводити гігієну рук після їх зняття.

6. Слід проводити гігієну рук після будь-яких контактів із хворим або його найближчим оточенням. Практику гігієни рук, шляхом їх миття з милом і водою, слід виконувати до і після приготування їжі, перед вживанням їжі, після відвідування туалету та кожного разу, коли руки видимо забруднені. Якщо руки видимо чисті, для гігієни рук рекомендовано використовувати спиртовмісний антисептик для рук.

7. Для висушування рук після виконання практики миття з милом та водою рекомендовано використовувати одноразові паперові рушники. Якщо паперові рушники недоступні, слід забезпечити кожного члена домогосподарства індивідуальним тканинним рушником і замінювати їх, як тільки вони стають вологими.

8. Слід дотримуватися респіраторної гігієни і етикету кашлю — прикривайте рот і ніс під час кашлю або чхання за допомогою одноразових паперових серветок, тканинних серветок (перед повторним використанням слід випрати). В разі відсутності серветок, слід чхати і кашляти в згин ліктя. Після кожного акту кашлю або чхання слід провести практику гігієни рук (миття з милом і водою або обробка спиртовмісним антисептиком).

9. Необхідно відмовитися від багаторазового використання тканин та інших багаторазових матеріалів для гігієни рота або носа. Якщо це неможливо, відповідним чином очищуйте їх після використання (наприклад, періть хусточки, використовуючи звичайне мило або мийчий засіб та воду).

10. Слід уникати прямого незахищеного контакту з біологічними рідинами хворого — використовуйте одноразові медичні рукавички (бажано нітрилові) для проведення догляду за ротовою порожниною та при поводженні з фізіологічними випорожненнями і медичними відходами. До та після зняття медичних рукавичок слід провести практику гігієни рук.

11. Рукавички, тканини, маски та інші відходи, які утворилися внаслідок догляду за хворим слід розміщувати в окремому контейнері (поліетиленовому пакеті) в тому ж приміщенні, в якому знаходиться хворий, до їх утилізації.

12. Слід уникати інших видів можливого потрапляння біологічних рідин хворого або забруднених ним предметів у безпосереднє оточення здорових (наприклад, уникайте обміну зубними щітками, цигарками, спільного користування посудом і постільною білизною). Посуд після індивідуального використання необхідно мити з милом або мийчим засобом та водою і використовувати повторно (викидати/утилізувати посуд не слід).

13. Необхідно щодня очищати і дезінфікувати поверхні в найближчому оточенні хворого (наприклад, приліжкові тумбочки), звичайним побутовим мийно-дезінфікуючим засобом.

14. Слід очищати і дезінфікувати поверхні ванної та туалету щонайменше один раз на день звичайним побутовим мийно-дезінфікуючим засобом.

15. Прати одяг, постільну білизну, рушники для ванни та рук хворих необхідно використовуючи звичайне мило та воду. Для машинного прання рекомендовано встановлювати температурні режими 60–90° С і використовувати звичайні пральні порошки. Після прання будь-які речі слід ретельно висушити.

Забруднену білизну дозволено збирати в загальний мішок для білизни. Заборонено струшувати брудну білизну. Необхідно уникати прямого контакту шкіри та одягу із забрудненою білизною та.

16. Слід використовувати одноразові медичні рукавички та одноразовий фартух (наприклад, виготовлений з целофану) при очищенні і дезінфекції поверхонь, одягу чи білизни, що забруднені біологічними рідинами хворого. До та після зняття медичних рукавичок слід провести практику гігієни рук.

17. Особи, які мають симптоми хвороби мають залишатися вдома до тих пір, поки у них не буде доведено відсутність хвороби на підставі клінічних та/або лабораторних результатів.

18. Усі члени домогосподарства вважаються контактними особами.

19. Якщо у члена домогосподарства виникають симптоми гострої респіраторної інфекції, включаючи лихоманку, кашель, біль у горлі та утруднене дихання, до нього мають застосовуватися заходи як до підозрілого щодо інфікування SARS-CoV-2.

Додаток 9

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Дії медичного працівника за появи симптомів COVID-19 у контактної особи, яка потребує госпіталізації

1. Слід повідомити заклад охорони здоров'я, що контактна особа з симптомами COVID-19 направлена до їх закладу.

2. Під час транспортування пацієнт має перебувати у медичній масці, якщо відсутні протипокази до її носіння.

3. Необхідно уникати громадського транспорту при переміщенні до закладу охорони здоров'я:

- 1) викликати карету швидкої медичної допомоги або
- 2) транспортувати особу на приватному транспортному засобі при цьому, якщо це можливо, відкрити вікна транспортного засобу.

4. Пацієнту слід порадити, якщо дозволяє його/її стан, дотримуватися респіраторної гігієни і етикету кашлю, гігієни рук; стояти або сидіти від інших на відстані один метр або більше.

5. Належної гігієни рук мають дотримуватися пацієнт, контактні особи і особи, які проводять догляд.

6. Будь-які поверхні, які під час транспортування видимо або потенційно забруднені біологічними виділеннями або рідинами пацієнта, повинні бути очищені і дезінфіковані.

Додаток 10

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Клінічні синдроми, пов'язані COVID-19

Патологічний стан	Характеристика
Пневмонія легкого ступеню тяжкості	Хворий на пневмонію при відсутності ознак тяжкої пневмонії. У дитини з пневмонією легкого ступеня тяжкості наявний кашель за відсутності утрудненого дихання і збереження нормальної частоти дихальних рухів (нормальна частота дихання (вдихів/хв): <2 міс – <60, 2–11 міс – <50, 1–5 років – <40).
Пневмонія тяжкого ступеня	Для підлітків або дорослих: гарячка або підозра на респіраторну інфекцію, плюс частота дихання >30 вдихів/хв, виражена дихальна недостатність або SpO ₂ <90% при спонтанному диханні в приміщенні. Дитина з кашлем або утрудненням дихання і хоча б одне з наступних: 1) центральний ціаноз або SpO ₂ <90%; 2) виражена дихальна недостатність (наприклад хрипи, напруження грудної клітки); 3) ознаки пневмонії із загальними ознаками небезпеки: відмова від грудного годування та пиття, млявість чи непритомність, судими. Можуть бути й інші ознаки пневмонії: участь допоміжних м'язів у диханні, часте дихання (вдихів/хв): <2 міс ≥60; 2–11 міс – ≥50; 1–5 років – ≥40. Діагноз – клінічний; рентгенологічне дослідження органів грудної клітки може бути корисним.

Патологічний стан	Характеристика
ГРДС	<p>Початок: поява нових симптомів ураження легень або посилення наявних протягом одного тижня після виявленої клінічної патології.</p> <p>Візуалізація органів грудної клітки (рентгенографія, КТ або ультразвукове дослідження легень): двобічна інфільтрація, що не може бути пояснена плевральним випотом, колапсом частки або цілої легені або вогнищевими ураженнями.</p> <p>Походження набряку легень: дихальна недостатність не повністю пояснюється серцевою недостатністю або перевантаженням рідиною. Потрібна об'єктивна оцінка (наприклад, ехокардіографія), щоб виключити гідростатичну причину набряку, якщо немає фактору ризику.</p> <p>Насичення киснем крові у дорослих:</p> <ul style="list-style-type: none"> • легкий ГРДС: $200 \text{ мм рт. ст.} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ мм рт. ст.}$ (з РЕЕР або CPAP $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$, або не вентильований); • помірний ГРДС: $100 \text{ мм рт. ст.} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ мм рт. ст.}$ з РЕЕР $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$, або не вентильований); • тяжкий ГРДС: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ мм рт. ст.}$ з РЕЕР $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$, або не вентильований); • якщо PaO_2 недоступний, використовується $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$, при $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 < 315$ підозрюється ГРДС (у тому числі у не вентильованих пацієнтів). <p>Насичення крові киснем у дітей (зверніть увагу OI – індекс оксигенації та OSI – індекс оксигенації за допомогою SpO_2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • дорівнює Hb або CPAP $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$ через повну маску для обличчя: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ мм рт. ст.}$ або $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$; • легкий ГРДС (інвазивна вентиляція): $4 < \text{OI} < 8$ або $5 < \text{OSI} < 7,5$; • помірний ГРДС (інвазивна вентиляція): $8 < \text{OI} < 16$ або $7,5 < \text{OSI} < 12,3$; • тяжкий ГРДС (інвазивна вентиляція): $\text{OI} \geq 16$ або $\text{OSI} \geq 12,3$.
Сепсис	<p>Дорослі: небезпечна для життя дисфункція органів, спричинена порушенням імунної відповіді пацієнта на підозрювану або доведену інфекцію, що супроводжується поліорганною недостатністю.ознаками дисфункції органів є:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) змінений психічний стан; 2) утруднене або часте дихання, низьке насичення киснем крові; 3) зниження діурезу; 4) тахікардія, слабкий пульс, холодні кінцівки або артеріальна гіпотензія; 5) зміна кольору шкіри; 6) лабораторні докази коагулопатії, тромбоцитопенії, ацидозу, високий лактат або гіпербілірубінемія. <p>Діти: підозрювана або доведена інфекція та ≥ 2 критерії SIRS, з яких має бути аномальна температура або кількість лейкоцитів.</p>
Септичний шок	<p>Дорослі: зберігається гіпотонія, незважаючи на об'ємну ресусcitaцію, потреба у вазопресорах для підтримки СерАТ $\geq 65 \text{ мм рт. ст.}$ та рівень лактату в сироватці крові $> 2 \text{ ммоль/л.}$</p> <p>Діти: будь-яка гіпотензія (сistolічний артеріальний тиск < 5-й центиль або $> 2 \text{ SD}$ нижче норми за віком) або 2–3 з наступного:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) змінений психічний стан; 2) тахікардія або брадикардія ($\text{ЧСС} < 90 \text{ уд./хв}$ або $> 160 \text{ уд./хв}$ у немовлят та $\text{ЧСС} < 70 \text{ уд./хв}$ або $> 150 \text{ уд./хв}$ у дітей); 3) тривале капілярне наповнення ($> 2 \text{ с}$); 4) тахіпноє; 5) строкати шкірні петехіальні або пурпурові висипання; 6) підвищений лактат; 7) олігурія; 8) гіпертермія або гіпотермія.

Оцінка SOFA коливається в межах 0–24 і включає бали, пов'язані з 6 органами системами організму:

- 1) дихальна система — гіпоксемія, визначена низьким рівнем $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$;
- 2) система згортання — низький рівень тромбоцитів;
- 3) печінка — високий білірубін;
- 4) серцево-судинна система — гіпотензія;
- 5) центральна нервова система — низький рівень свідомості, визначений шкалою Глазго;
- 6) ниркова — знижений діурез або високий вміст креатиніну.

Сепсис визначається збільшенням послідовної (пов'язаної з сепсисом) оцінки неспроможності органів (SOFA) на ≥ 2 балів. Слід припустити, що якщо дані недоступні, базовий показник дорівнює нулю.

Рання підтримуюча терапія за наявності ГРДС

Слід ініціювати кисневу терапію починаючи з 5 л/хв та регулювати швидкість потоку до досягнення цільового рівня $\text{SpO}_2 \geq 93\%$ у невагітних дорослих та $\text{SpO}_2 \geq 92\text{--}95\%$ у вагітних пацієнток. Діти з екстремними ознаками (утруднене чи відсутнє дихання, ГРДС, центральний ціаноз, шок, кома або судоми) повинні отримувати кисневу терапію під час реанімаційних заходів до досягнення $\text{SpO}_2 \geq 94\%$; в іншому випадку цільовий SpO_2 становить $\geq 90\%$.

Необхідно використовувати контактні заходи безпеки при роботі із забрудненими кисневими інтерфейсами пацієнтів із COVID-19.

Пацієнтам в тяжкому стані без ознак шоку слід обережно вводити рідини внутрішньовенно (рестриктивна стратегія інфузійної терапії), оскільки швидке введення рідини може погіршити оксигенацію, особливо в умовах обмеженого доступу до механічної вентиляції.

Пацієнтам в тяжкому стані з ознаками сепсису слід почати вводити емпіричні антимікробні препарати з урахуванням всіх ймовірних збудників, протягом однієї години від встановлення сепсису. Емпіричне лікування антибіотиками повинно ґрунтуватися на клінічному діагнозі (наприклад, негоспітальна або госпітальна пневмонія), епідеміологічних даних та регіональних/місцевих даних щодо антимікробної резистентності. Антибактеріальну терапію слід коригувати на основі результатів мікробіологічних досліджень і клініко-лабораторних даних (наприклад, рівень прокальцитоніну в крові).

Заборонено давати системні кортикостероїди для лікування вірусної пневмонії або ГРДС, якщо вони не показані з іншої причини.

Відсутні дані, які б рекомендували будь-яке специфічне лікування для пацієнтів із підтвердженим COVID-19. Проводяться клінічні випробування, що оцінюють різні потенційні противірусні засоби.

У деяких країнах при тяжкому перебігу пневмонії в комплексі лікування застосовуються протималарійні (хлорохін, гідроксихлорохін), антиретровірусні препарати (лопінавір/ритонавір) та речовини моноклональні антитіла до людського рецептору інтерлейкіну-6. Однак переконливі доказові дані щодо ефективності застосування даних препаратів відсутні.

Уважно слідкуйте за хворими в тяжкому стані з метою раннього виявлення ознак клінічного погіршення, таких як швидко прогресуюча дихальна недостатність та сепсис, і негайно призначайте підтримуючу терапію за необхідності. Застосування своєчасної, ефективною та безпечною підтримуючої терапії є наріжним каменем терапії для пацієнтів, у яких розвиваються тяжкі прояви COVID-19.

ГРДС і гіпоксемічна дихальна недостатність у хворих на COVID-19

У хворого на COVID-19 може продовжуватися порушення дихання або гіпоксемія, навіть коли кисень подається через маску для обличчя з резервуарним мішком (швидкість потоку 10–15 л/хв, що, як правило, є мінімальним потоком, необхідним для підтримки інфляції мішка; FiO_2 0,60–0,95). Гіпоксемічна дихальна недостатність при ГРДС зазвичай є наслідком невідповідності внутрішньолегенової вентиляції та перфузії або шунту і зазвичай потребує механічної вентиляції.

Подача кисню через ніс з високим потоком (НКВП) або неінвазивна вентиляція (НІВ) застосовується лише у деяких пацієнтів з гіпоксемічною дихальною недостатністю. Пацієнти, які отримували терапію НІВ, мають високий ризик неефективності лікування. Пацієнтів, які отримували НКВП або НІВ слід ретельно спостерігати стосовно погіршення клінічного стану.

Системи НКВП можуть подавати 60 л/хв потоку газу і FiO_2 до 1,0; педіатричні схеми зазвичай працюють лише до 15 л/хв, і багатьом дітям потрібен контур для дорослих, щоб забезпечити достатній потік. Порівняно зі стандартною терапією киснем, НКВП зменшує потребу в інтубації. Пацієнти з гіперкапнією (загострення обструктивної хвороби легень, кардіогенний набряк легень), гемодинамічною нестабільністю, поліорганною

недостатністю або порушенням психічного стану зазвичай не отримують НКВП, хоча нові дані припускають, що НКВП може бути безпечним для пацієнтів із легкою та помірною гіперкапнією. Пацієнти, які отримують НКВП, повинні знаходитись у контрольованих умовах з досвідченим медичним персоналом, здатним до ендотрахеальної інтубації, якщо стан пацієнта гостро погіршиться або не покращиться після короткого випробування (близько однієї години). При цьому слід враховувати, що доказових рекомендацій щодо НКВП не існує, а повідомлення про НКВП у пацієнтів з близькосхідним коронавірусним респіраторним синдромом обмежені.

Вказівки щодо НІВ не містять рекомендацій щодо застосування при гіпоксемічній дихальній недостатності (крім кардіогенного набряку легень та післяопераційної дихальної недостатності) або ГРВІ і пандемічного грипу. До ризиків можна віднести затримку інтубації, великі приливи об'єми інфузії та шкідливий транспульмональний тиск. Обмежені дані говорять про високий рівень відмов, коли пацієнти з близькосхідним коронавірусним респіраторним синдромом отримували НІВ. Пацієнти, які отримують НІВ, повинні знаходитись у контрольованих умовах та з досвідченим персоналом, здатним до ендотрахеальної інтубації, якщо стан пацієнта гостро погіршиться або не покращиться після короткого випробування (близько однієї години). Пацієнти з гемодинамічною нестабільністю, поліорганною недостатністю або порушенням психічного стану не повинні отримувати НІВ. Останні публікації припускають, що новіші системи НКВП та НІВ з герметичним інтерфейсом не створюють широкої дисперсії повітря, що видається, і тому вони повинні бути пов'язані з низьким ризиком передавання інфекції повітрям.

Ендотрахеальна інтубація повинна проводитися навченим та досвідченим лікарем із дотримання повітряних заходів безпеки. Пацієнти з ГРДС, особливо маленькі діти або ті, хто страждає ожирінням, або вагітні, можуть мати швидкі втрати кислотно-основного балансу під час інтубації.

Попередню оксигенацію 100% FiO_2 протягом п'яти хвилин проводять за допомогою маски для обличчя з мішком з резервуаром, клапанною маскою, НКВП або НІВ.

Швидка інтубація є доцільною після оцінки дихальних шляхів, яка не виявляє ознак утрудненої інтубації.

Механічну вентиляцію слід здійснювати у дорослих пацієнтів із дихальною недостатністю, спричиною сепсисом, які не відповідають критеріям ГРДС, використовуючи менший об'єм вдиху (4–8 мл/кг ідеальної маси тіла (PBW) та нижчий тиск вдиху (плата тиск <30 см H_2O). Початковий об'єм вдиху становить 6 мл/кг PBW; об'єм вдиху до 8 мл/кг PBW дозволений, якщо виникають небажані побічні ефекти (наприклад, дисинхронія, $\text{pH} < 7,15$).

Гіперкапнія дозволена, якщо досягається мета $\text{pH} 7,30\text{--}7,45$. Для забезпечення синхронізації з апаратом штучної вентиляції легень і досягнення цільових об'ємних показників може знадобитися застосування глибокої садації.

Пацієнтам із вираженим ГРДС рекомендується вентиляція легень у положенні на животі протягом >12 год на день. Застосування вентиляції у положенні на животі рекомендується для дорослих та дітей з тяжким ГРДС, але безпечно її виконання можливе виключно за наявності необхідних людських ресурсів та досвіду.

Для хворих на ГРДС без гіперперфузії тканин використовуються поміркована рестриктивна стратегія внутрішньовених інфузій, головний ефект якої полягає у скороченні тривалості вентиляції.

У пацієнтів із помірним та тяжким ГРДС пропонується вищий РЕЕР замість нижчого РЕЕР. Титування РЕЕР вимагає врахування переваг (зменшення ателектазів та поліпшення стану альвеол) проти ризиків (кінцеве перенапруження вдиху, що призводить до ураження легень та більш високого опору легневих судин). Титуванням РЕЕР на основі FiO_2 , необхідного для підтримання SpO_2 , слід проводити за доступними таблицями.

Моніторинг пацієнтів здійснюється з метою виявлення осіб, які реагують на первісне застосування вищого РЕЕР або іншого протоколу рекрутмент маневру, та пропонується припинити ці втручання у нереагуючих осіб.

У пацієнтів із середньотяжким ГРДС ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$) нервово-м'язову блокаду шляхом безперервної інфузії не слід

застосовувати рутинно. Постійна нервово-м'язова блокада може бути розглянута у пацієнтів з ГРДС у певних ситуаціях: виражена десинхронізація з респіратором, незважаючи на садацію, таким чином, що обмеження припливного обсягу не може бути надійно досягнуто; за рефрактерної гіпоксемії або гіперкапнії.

Уникайте відключення пацієнта від ШВЛ, що призводить до втрати РЕЕР та ателектазу. Використовуйте вбудовані катетери для відсмоктування секрету дихальних шляхів і затискання ендотрахеальної трубки, коли потрібно відключення (наприклад, переведення на транспортну вентиляцію).

Додаток 13

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Септичний шок у хворих на COVID-19

За відсутності можливості визначення лактату використовуйте СерАТ та клінічні ознаки перфузії для діагностики шоку. Стандартна допомога включає раннє розпізнавання та наступні методи лікування протягом однієї години після розпізнавання: антибактеріальна і інфузійна терапія та вазопресори при рефрактерній гіпотензії. Використання центральних венозних та артеріальних катетерів повинно ґрунтуватися на наявності ресурсів та індивідуальних потреб пацієнта.

При інтенсивній терапії септичного шоку дорослим рекомендовано ввести не менше 30 мл/кг ізотонічного кристалоїду протягом перших 3 год. При інтенсивній терапії дітям септичного шоку рекомендовано ввести 20 мл/кг у вигляді швидкого болюсу та до 40–60 мл/кг у перші години.

Не використовуйте гіпотонічні кристалоїди, крохмалі або желатини для інтенсивної терапії.

Надмірне введення рідини може призвести до об'ємного перевантаження, включаючи дихальну недостатність. Якщо немає реакції на введення рідини і з'являються ознаки перевантаженості об'ємом (наприклад, здуття яремної вени, крепітація при аускультатії легень, набряк легень на рентгеновських знімках або гепатомегалія у дітей), то необхідно зменшити або припинити введення рідини. Цей крок є особливо важливим, коли відсутня механічна вентиляція.

Кристалоїди включають звичайний фізіологічний розчин та розчин Рінгера.

Визначте потребу в додаткових болюсних рідинах (250–1000 мл у дорослих або 10–20 мл/кг у дітей) на основі клінічної реакції та покращення перфузійних цілей. Перфузійні цілі включають СерАТ (>65 мм рт. ст. або показники, відповідно віку) у дітей, виділення сечі (>0,5 мл/кг/год у дорослих, 1 мл/кг/год у дітей) та покращення кольору шкіри, заповнення капілярів, рівень свідомості та лактату. Розгляньте динамічні показники реагування на об'єм, щоб розрахувати об'єм рідини після початкової ресусцитації на основі місцевих ресурсів та досвіду. Ці показники включають пасивне піднімання ніг, оцінку циркулюючого об'єму рідини при серійному вимірюванні або зміни систолічного тиску, пульсового тиску, розміру порожнистої вени, або ударного об'єму у відповідь на зміни внутрішньогрудного тиску під час ШВЛ.

Застосування розчинів ГЕК пов'язане з підвищеним ризиком смерті та гострим ураженням нирок порівняно з кристалоїдами. Ефекти желатинів менш чіткі, але вони дорожчі, ніж кристалоїди. Гіпотонічні (проти ізотонічних) розчини менш ефективні для збільшення внутрішньосудинного об'єму.

Рекомендовано використовувати альбумін для ресусцитації, коли пацієнти потребують значної кількості кристалоїдів, але ця умовна рекомендація ґрунтується на доказах низької якості.

Слід використовувати вазопресори, якщо шок зберігається під тиском або після введення рідини. Початкова ціль для артеріального тиску становить $\text{sAT} \geq 65$ мм рт. ст. у дорослих та віковий рівень у дітей.

Якщо центральні венозні катетери недоступні, вазопресорати можна вводити через периферичну вену, але використовувати вену великого діаметру та ретельно стежити за ознаками екстравазації та локального некрозу тканин. Якщо відбувається екстравазація, припиніть інфузію. Вазопресорати також можна вводити через внутрішньокісткові голки.

Якщо ознаки поганої перфузії та серцевої дисфункції зберігаються, незважаючи на досягнення мети СерАТ з рідинами та вазопресорами, розгляньте інотроп, такий як добутамін.

Вазопресорати (тобто норадреналін, епінефрин, вазопресин та дофамін) найбезпечніше вводити через центральний венозний

катетер із суворо контрольованою швидкістю, але також їх можна безпечно вводити через периферичну вену та внутрішньокісткову голку. Часто контролюйте артеріальний тиск і титруйте вазопресор до мінімальної дози, необхідної для підтримки перфузії та запобігання побічних ефектів. Норепінефрин вважається першою лінією у дорослих пацієнтів. Для досягнення мети СерАТ можуть бути додані епінефрин або вазопресин. Через ризик виникнення тахіаритмії резервуюте дофамін для окремих пацієнтів з низьким ризиком розвитку тахіаритмії або пацієнтів із брадикардією.

Додаток 14

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Профілактика ускладнень та інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги у пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19

Передбачувані результати втручання	Втручання
Скорочення днів інвазивної ШВЛ	Використовуйте протоколи відлучення, що включають щоденну оцінку готовності до спонтанного дихання. Звести до мінімуму безперервну або періодичну седацію, орієнтуючись на конкретні кінцеві точки титрування (легка седація, якщо не протипоказана), або з щоденним перериванням седації
Зниження захворюваності на вентилятор-асоційовану пневмонію	Пероральна інтубація є кращою, ніж носова інтубація у підлітків та дорослих. Тримайте пацієнта в напівлежачому положенні (підйом голови в ліжку 30–45°). Використовуйте закриту відсмоктувальну систему. Використовуйте новий контур ШВЛ для кожного пацієнта; після того, як пацієнт провентильовується, змініть контур, якщо він забруднений або пошкоджений. Міняйте тепловологообмінник, коли він несправний, при забрудненні або кожні 5–7 днів
Зменшення частоти виникнення пролежнів	Перевертайте пацієнта кожні дві години
Зменшити частоту стресових виразок та шлунково-кишкових кровотеч	Раннє ентеральне харчування (протягом 24–48 год після поступлення). Застосовують блокатори рецепторів гістаміну-2 або інгібітори протонної помпи пацієнтам із факторами ризику розвитку кровотеч із ШКТ. Факторами ризику шлунковокишкової кровотечі є коагулопатія, замісна терапія нирок, захворювання печінки
Зменшення гіподинамії	Активно мобілізуйте пацієнта на початку хвороби, коли це безпечно

Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію	Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії)
--	--

Додаток 15

до Стандартів медичної допомоги «COVID-19»

Особливості надання медичної допомоги вагітним жінкам з підозрою на COVID-19

Вагітні жінки, на сьогоднішній день, не є більш сприйнятливими до COVID-19, ніж загальна популяція. В групі ризику знаходяться вагітні із супутніми патологіями, такими як цукровий діабет, онкологічні захворювання, хронічні захворювання легень та імуносупресивні стани.

Наразі відсутні дані щодо вертикальної трансмісії, зафіксовано лише два випадки можливої вертикальної передачі вірусу. Передача, швидше за все, відбувається від матері до новонародженого безпосередньо після пологів. Зараз немає доказів щодо антенатальної, інтранатальної передачі або через генітальні рідини.

Жінкам із симптомами, що свідчать про COVID-19, слід рекомендувати самоізоляцію та невідкладно повідомити сімейного лікаря.

Якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 наявна пологова діяльність транспортування вагітної здійснюється до визначеного структурним підрозділом з питань охорони здоров'я пологового будинку.

Для здійснення діагностики COVID-19 приймальне відділення повинне бути забезпечене експрес-тестами на коронавірус та грип, пробірками для вірусологічного дослідження з транспортним середовищем та контейнерами для їх транспортування.

Метод розродження має бути обраний, враховуючи акушерські показання, крім випадків, коли у жінки наявна дихальна недостатність, яка потребує негайного розродження.

При кесаревому розтині методом вибору є спінальна або епідуральна анестезія.

Уникайте загальної анестезії, крім стандартних показань до її проведення, а також при невдалій регіональній анестезії.

Одягання ЗІЗ хірургічною бригадою є обов'язковим (додаток 6).

Інтубацію проводить найбільш кваліфікований лікар — анестезіолог. За можливості необхідно застосовувати відеоларингоскоп для мінімізації тісного контакту між анестезіологом та аерозолем з дихальних шляхів пацієнта.