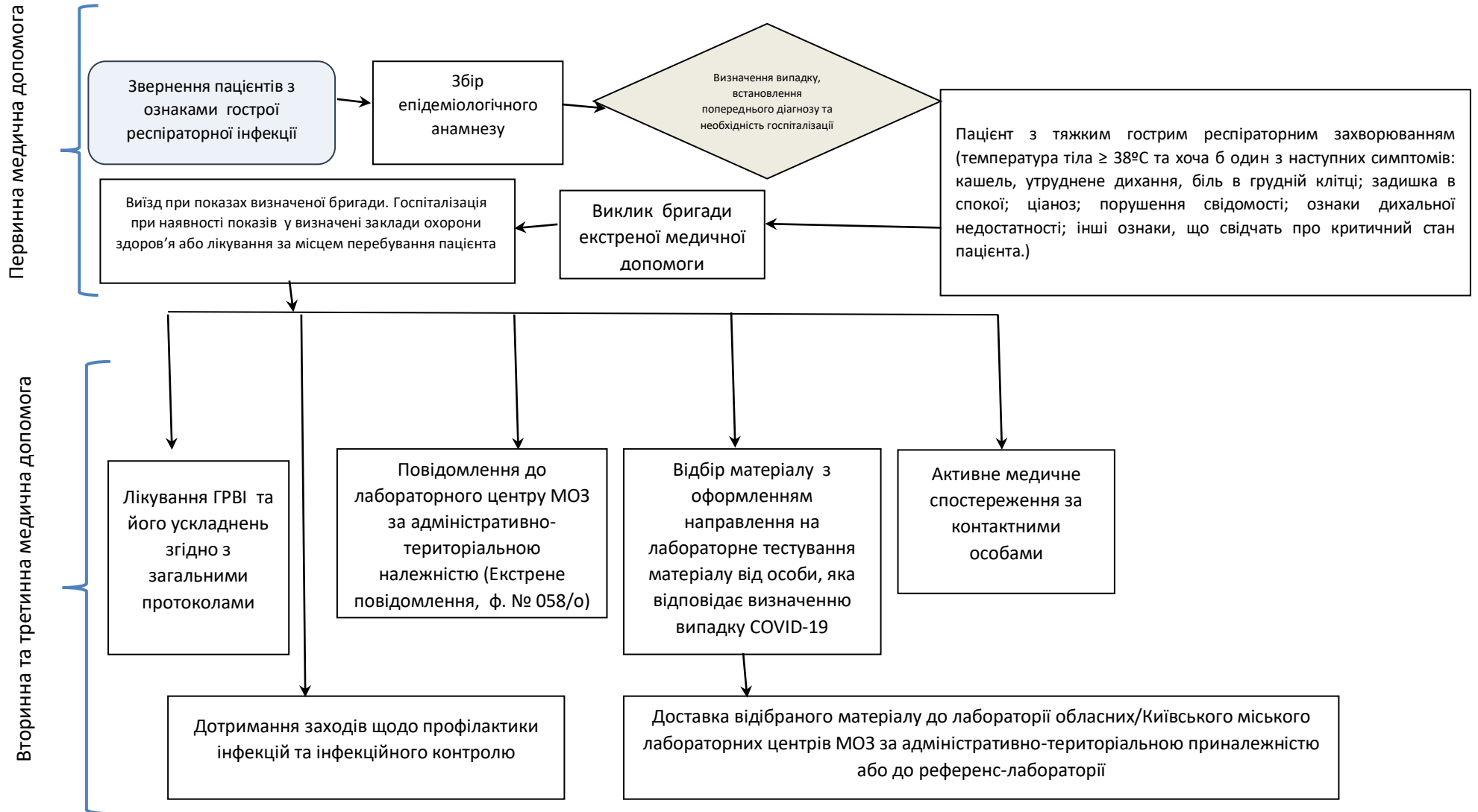


Додаток 1
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Клінічний маршрут пацієнта, який відповідає визначенню випадку 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.

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 рукостискання);

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 хвилин і більше, 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 хвилин і більше на відстані менше одного метру;

працівники закладів охорони здоров'я (навіть за умови використання відповідних ЗІЗ), 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;

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
«Коронавірусна хвороба (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 засоби індивідуального захисту (ЗІЗ), відповідно до цього Стандарту.

Виділення з порожнини носу слід забирати сухими стерильними тампонами (свабами) із дакрону, віскози, або велюр-тампону на пластиковій основі (див. малюнок нижче). Тампони з альгінатом кальцію або бавовною, а також тампони з дерев'яними паличками можуть містити речовини, які інгібують реакцію проведення ПЛР тестування.



Зразок тампону



*Зразок шпателя для язика
(для взяття мазків із зіву)*

I. Механізм відбору зразків матеріалів

Під час відбору паличку з тампоном затискають між великим, вказівним та середнім пальцями так, щоб паличка проходила наче олівець (мал. 1), а не впиралася у долоню (мал. 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.



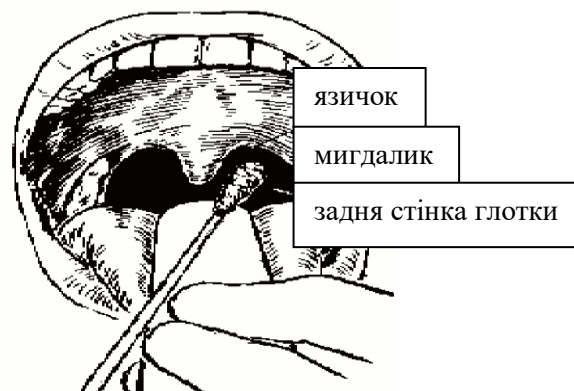
*мал. 1. Паличка з тампоном
взята правильно*



*мал. 2. Паличка з тампоном
взята неправильно*

II. Методи відбору

1. Метод взяття мазків із задньої стінки ротоглотки (мазки із зів):
Перед відбором мазків із носа та зів медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:
провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
одягнути засоби індивідуального захисту.
Послідовність забору матеріалу:
взяти тампон і повільним рухом зробити мазок із задньої стінки глотки та мигдаликів (мал. 3);
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;
після отримання матеріалу робочу частину тампону помістити у стерильну одноразову пробірку з вмістом 1-1,5 мл транспортного середовища, що містить у складі лізуюче вірусне середовище (готового промислового виробництва);
відламати пластикову основу тампону так, щоб кінець його залишився у пробірці (тампони промислового виробництва мають на пластиковій основі надсічку для злому, що відповідає об'єму контейнера для транспортного середовища), а кришечка завінчувалася, дотримуючись асептичних вимог. Якщо пластикова паличка не ламається, її відрізають ножицями (охолодженими після стерилізації на вогні);
зазначити в етикетці індивідуальний номер, дату відбору зразка, тип зразка в пробірці (мазок із зів, 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 засоби індивідуального захисту.
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.



мал.3. Взяття зразка із зіву

2. Метод взяття переднього назального мазка.

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 засоби індивідуального захисту.

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 (мал. 4);

тампон вводити в ніздрю паралельно піднебінню;

абсорбувати виділення, зразки з обох ніздрів брати одним тампоном;

помістити тампон у стерильну пробірку з 1-1,5 мл транспортного середовища (див. п.1) разом із мазком із зіву;

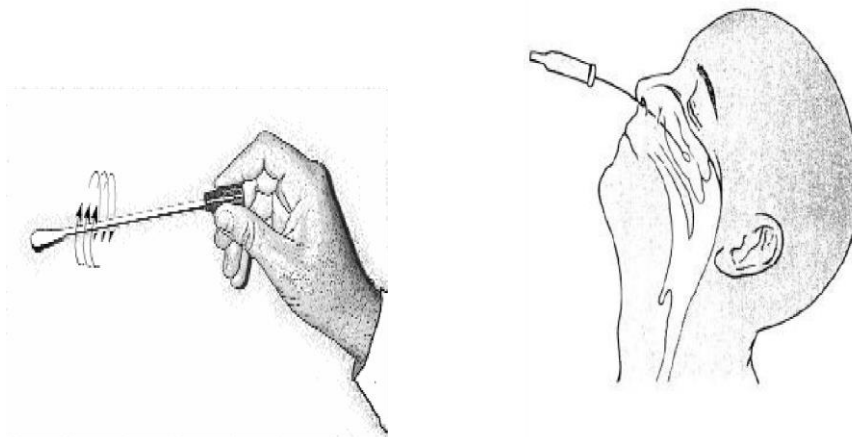
відламати паличку тампона так, щоб кінець його залишився у пробірці, а кришечка закрилася.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати засоби індивідуального захисту.

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.



мал.4. Взяття зразка із носа

3. Метод відбору фарингального аспірату:

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 засоби індивідуального захисту.

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

катетер вводити в ніздрю паралельно піднебінню (мал. 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 1-1,5 мл транспортного середовища (див. п.1.).

У разі дослідження методом ПЛР зразок матеріалу поміщають 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 засоби індивідуального захисту.

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.



мал.5. Взяття фарингального аспірату

4. Метод відбору секційного матеріалу:

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 засоби індивідуального захисту.

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 травня 2019 року № 1126, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 07 червня 2019 року за № 595/33566;

для мінімізації інфікування персоналу застосовувати біопсійну голку (мал. 6);



мал.6. Біопсійна голка для відбору зразків секційних матеріалів

відбір зразка матеріалу здійснювати з ділянки легені, 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 засоби індивідуального захисту.

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

Додаток 4
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

**Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи,
яка відповідає визначенню випадку COVID-19**

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			
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		
<p>До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні сконтактувати з лабораторією ДЮ надсилання зразку . Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.</p>			
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	Країна	
	<input type="checkbox"/> Ні	Дата 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			

Додаток 5
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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 випадку
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
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Раціональне використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ)

Профілактичні заходи

Інфікування SARS-CoV-2 відбувається контактним та крапельним шляхами. Повітряний (аерогенний) шлях для коронавірусної хвороби (COVID-19) не характерний. У групі осіб із найбільшим ризиком зараження знаходяться особи, які перебували в контакті з пацієнтом або надають медичну допомогу/проводять догляд за ними.

Профілактичні заходи слід застосовувати медичним працівникам, щоб захистити себе і запобігти інфікуванню і передачі збудника в закладах охорони здоров'я. До таких заходів, в першу чергу, відносяться дотримання правил інфекційного контролю та використання ЗІЗ – вибір належного типу ЗІЗ та навчання, як його надягати, знімати та утилізувати.

ЗІЗ в умовах глобального дефіциту

1. Мінімізація потреби в ЗІЗ в умовах закладів охорони здоров'я:

розглянути використання телемедицини, консультування за допомогою відеозасобів інтернету для оцінки підозрілих випадків щодо коронавірусної хвороби (COVID-19), таким чином мінімізуючи потребу у візитах до закладів охорони здоров'я для оцінки стану пацієнтів;

використання фізичних бар'єрів для зменшення ризику інфікування і передавання SARS-CoV-2 (наприклад, скляних або пластикових вікон) в приймальних відділеннях закладів охорони здоров'я, реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу, в аптеці;

обмежити доступ працівників закладів охорони здоров'я до палат, де розміщені пацієнти з коронавірусною хворобою (COVID-19), якщо вони не залучені до надання медичної допомоги. Розглянути можливість групування дій, щоб звести до мінімуму кількість відвідувачів (наприклад, перевірка показників життєвих функцій під час проведення лікувальних процедур або доставка харчування працівниками закладів охорони здоров'я, коли вони виконують інші функції) і планування, які заходи будуть виконуватися біля ліжка пацієнта;

будь-які відвідування забороняються;

перебування осіб, які проводять догляд за пацієнтами з особливими потребами (наприклад, догляд за дітьми з аутизмом або синдромом Дауна), необхідно максимально обмежити. Крім того, для таких осіб слід надати чіткі інструкції про те, як застосовувати та знімати ЗІЗ, як проводити обробку рук аби уникнути інфікування.

2. Використання ЗІЗ повинно базуватися на оцінці ризику (наприклад, виду діяльності) і особливостей шляхів інфікування та передавання (наприклад, контактний, краплинний або повітряний). Надмірне використання ЗІЗ впливає

на зменшення їх запасів. Дотримуючись наступних рекомендацій, можна забезпечити раціональне використання ЗІЗ:

тип ЗІЗ, що використовується при догляді за пацієнтами з коронавірусною хворобою (COVID-19) залежить від умов, фаху персоналу та виду діяльності;

працівники закладів охорони здоров'я, що беруть участь у наданні медичної допомоги і догляді за пацієнтами, повинні використовувати наступні ЗІЗ: халат захисний від інфекційних агентів, рукавички, медична (хірургічна) маска і захист очей (захисні окуляри або щиток);

під час проведення аерозольгенеруючих процедур (наприклад, інтубація трахеї, неінвазивна вентиляція легень, трахеотомія, серцево-легеневої реанімація, ручна вентиляція легень, бронхоскопія, розтин трупа) працівники закладів охорони здоров'я повинні використовувати респіратори, захисні окуляри або щиток, рукавички та халати захисні від інфекційних агентів; водонепроникні фартухи слід використовувати, якщо халат захисний від інфекційних агентів не є водонепроникним, і при необхідності виконувати процедури, що супроводжуються значними розливами рідини (наприклад, промивання сечового катетера, допомога в проведенні особистої гігієни хворому);

респіратори класу захисту не нижче FFP2 або еквівалент слід використовувати протягом часу, що наведений в інструкції виробника. В умовах дефіциту ЗІЗ, можливо використовувати той же респіратор при догляді за декількома пацієнтами, які мають той же діагноз, не знімаючи його (тобто в разі постійного перебування в брудній зоні). Враховуючи контактний шлях інфікування, респіратор слід замінити якщо:

- 1) він став вологим;
- 2) доторкування до нього потенційно забрудненими руками в незалежності одягнені рукавички чи ні;
- 3) одразу після виходу з брудної зони (респіратор дозволено знімати виключно в чистій зоні);
- 4) потрапляння на респіратор будь-яких біологічних рідин (перед тим як зняти респіратор слід вийти із брудної зони в чисту);

особи з респіраторними симптомами або ті, хто доглядає за пацієнтами з коронавірусною хворобою (COVID-19) або підозрою на неї вдома, повинні використовувати медичні маски;

для осіб без респіраторних симптомів, носіння маски чи респіратору будь-якого типу не рекомендується. Нераціональне використання медичних масок може спричинити зростання їх вартості і обмеження для закупівель ЗІЗ. При цьому неправильне використання масок і респіраторів створює помилкове відчуття безпеки, що може призвести до нехтування іншими необхідними профілактичними заходами.

Вибір ЗІЗ

Умови	Категорії осіб	Вид діяльності	Тип ЗІЗ або процедури
Заклади охорони здоров'я			
Стационарне відділення			
Палата для пацієнтів	Лікарі та сестри медичні	Надання медичної допомоги (за виключенням аерозольгенеруючих процедур) та догляд за пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19)	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток
		Аерозольгенеруюча процедура ¹	Респіратор класу захисту не нижче FFP2 Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток Шапочка медична захисна від інфекційних агентів (за потреби) Водонепроникний фартух (за потреби)
	Молодші медичні сестри або дезінфектори	Робота в палаті, де перебуває пацієнт з коронавірусною хворобою (COVID-19) ¹	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички захисні Захисні окуляри/щиток (якщо наявний ризик потрапляння органічного матеріалу або хімікатів на слизові оболонки очей) Шапочка медична захисна від інфекційних агентів (якщо наявний ризик потрапляння органічного матеріалу або хімікатів на волосся та/або шкіру голови) Чоботи або закриті взуття, що піддається очищенню і дезінфекції, з бахілами
	Особи, які проводять догляд за пацієнтами з особливими	Перебування в палаті, де знаходиться пацієнт з коронавірусною хворобою (COVID-19)	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні

Умови	Категорії осіб	Вид діяльності	Тип ЗІЗ або процедури
	потребами ³		
Приймальне відділення (відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги)	Медичні працівники	Попередній скринінг без прямого контакту ⁴	Медична маска
		Надання медичної допомоги (за виключенням аерозольгенеруючих процедур) та догляд за пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19)	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток
		Аерозольгенеруюча процедура ¹	Респіратор класу захисту не нижче FFP2 Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток Шапочка медична захисна від інфекційних агентів (за потреби) Водонепроникний фартух (за потреби)
	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Підтримувати відстань не менше 1 м Медична маска, якщо у пацієнта відсутні протипокази ⁵ до її носіння
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	ЗІЗ не потрібні
Лабораторія клінічна	Молодші спеціалісти з медичною освітою (лабораторна справа (клініка))	Маніпуляції із зразками	Відповідно до стандартних заходів безпеки і наявних ризиків інфікування
Лабораторія вірусологічна (мікробіологічна)	Працівники лабораторії: фахівці з вищою медичною та немедичною освітою; молодші спеціалісти з медичною освітою; персонал без	Маніпуляції із зразками з дихальних шляхів ¹	Медична маска або респіратор класу захисту не нижче FFP2 (при можливому ризику аеролізації органічного матеріалу) Рукавички захисні Халат захисний від інфекційних агентів (якщо є ризики потрапляння органічного матеріалу на шкіру або

Умови	Категорії осіб	Вид діяльності	Тип ЗІЗ або процедури
	медичної освіти		одяг) Захисні окуляри/щиток (якщо є ризики потрапляння органічного матеріалу на слизову оболонку очей)
Адміністративні зони	Всі співробітники, включаючи медичних працівників	Адміністративні завдання, які не передбачають контакту з пацієнтом з коронавірусною хворобою (COVID-19)	ЗІЗ не потрібні
Амбулаторні, поліклінічні та консультативно-діагностичні відділення/заклади			
Консультативні кабінети (кабінети прийому)	Медичні працівники	Фізикальне обстеження хворого з респіраторними симптомами	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток
	Медичні працівники	Аерозольгенеруюча процедура ¹	Респіратор класу захисту не нижче FFP2 Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток Шапочка медична захисна від інфекційних агентів (за потреби) Водонепроникний фартух (за потреби)
	Медичні працівники	Фізикальне обстеження хворого без респіраторних симптомів	Відповідно до стандартних заходів безпеки та оцінки ризиків
	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Медична маска, якщо у пацієнта відсутні протипокази ⁵ до її носіння
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	ЗІЗ не потрібні
	Молодші медичні сестри або дезінфектори	Проведення дезінфекційних заходів після і між консультаціями пацієнтів з респіраторними симптомами ¹	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички захисні Захисні окуляри/щиток (якщо наявний ризик потрапляння органічного матеріалу або хімікатів на слизові оболонки

Умови	Категорії осіб	Вид діяльності	Тип ЗІЗ або процедури
			очей) Шапочка медична захисна від інфекційних агентів (якщо наявний ризик потрапляння органічного матеріалу або хімікатів на волосся та/або шкіру голови) Чоботи або закриті взуття, що піддається очищенню і дезінфекції, з бахілами
Зони для очікування	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Медична маска, якщо у пацієнта відсутні протипокази ⁵ до її носіння Негайно перемістити пацієнта до ізолятора (кімнати ізоляції) або відокремити ділянку від інших відвідувачів; якщо це неможливо, забезпечити відстань не менше 1 м від інших
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	ЗІЗ не потрібні
Адміністративні зони	Всі співробітники, включаючи медичних працівників	Адміністративні завдання, які не передбачають контакту з пацієнтом з коронавірусною хворобою (COVID-19)	ЗІЗ не потрібні
Приймальне відділення	Медичні працівники	Попередній скринінг без прямого контакту	Підтримувати відстань не менше 1 м – ЗІЗ не потрібні Якщо неможливо підтримувати відстань більше 1 м – медична маска
	Пацієнти з респіраторними симптомами	Будь-яка	Підтримувати відстань не менше 1 м Медична маска, якщо у пацієнта відсутні протипокази ⁴ до її носіння
	Пацієнти без респіраторних симптомів	Будь-яка	ЗІЗ не потрібні
Центри екстреної медичної допомоги			

Умови	Категорії осіб	Вид діяльності	Тип ЗІЗ або процедури
Автомобіль екстреної медичної допомоги або трансферний транспорт	Медичні працівники	Транспортування підозрюваного на COVID-19	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток
	Медичні працівники	Аерозольгенеруюча процедура ¹	Респіратор класу захисту не нижче FFP2 Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток Шапочка медична захисна від інфекційних агентів (за потреби) Водонепроникний фартух (за потреби)
	Водій	Бере участь тільки у транспортуванні хворого з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19) і відділ водія ізольований від зони пацієнта	Підтримувати відстань не менше 1 м ЗІЗ не потрібні
		Допомога при завантаженні або вивантаженні	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички медичні Захисні окуляри/щиток
		Немає прямого контакту з пацієнтом, але транспорт без роздільних зон для водія і пацієнта	Медична маска
	Пацієнт з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19).	Транспортування в заклад охорони здоров'я	Медична маска, якщо у пацієнта відсутні протипокази ⁵ до її носіння
	Дезінфектори або особи, які проводять дезінфекцію автомобіля	Очищення та дезінфекція після і між транспортуванням пацієнтів з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19) у заклад охорони здоров'я ¹	Медична маска Халат захисний від інфекційних агентів Рукавички захисні Захисні окуляри/щиток (якщо наявний ризик потрапляння органічного матеріалу або хімікатів на слизову оболонку очей)

Умови	Категорії осіб	Вид діяльності	Тип ЗІЗ або процедури
			Чоботи або закриті взуття, що піддається очищенню і дезінфекції, з бахілами
Особливі рішення для епідеміологічних бригад, в тому числі санітарно-карантинних підрозділів, які допомагають у проведенні досліджень надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я⁶			
Будь-де	Епідеміологічні бригади, в тому числі санітарно-карантинні підрозділи	Опитування людини з підозрою або підтвердженим випадком коронавірусної хвороби (COVID-19) або контактними особами	ЗІЗ не потрібні, якщо використовуються дистанційні методи (наприклад, опитування по телефону або за допомогою відеозв'язку) Віддалене опитування є кращим методом
	Епідеміологічні бригади, в тому числі санітарно-карантинні підрозділи	Опитування без безпосереднього контакту	Медична маска Підтримувати відстань не менше 1 м Опитування повинні проводитися на відкритому повітрі.
		Опитування контактних осіб без будь-яких респіраторних проявів, які перебували в контакті з пацієнтами з коронавірусною хворобою (COVID-19)	Підтримувати відстань не менше 1 м ЗІЗ не потрібні Опитування слід проводити на відкритому повітрі. Якщо необхідно провести візит в побутові приміщення, використовуйте тепловізор, щоб підтвердити, що людина не має лихоманки, підтримуйте відстань не менше 1 м і не торкайтеся нічого в побутовому приміщенні.

¹ при проведенні даних процедур та медичних маніпуляцій комплект ЗІЗ (халат захисний від інфекційних агентів та/або шапочка медична захисна від інфекційних агентів та/або бахіли захисні від інфекційних агентів) можна замінити на костюм захисний від інфекційних агентів, враховуючи високі ризики потрапляння органічних речовин на незахищені ділянки шкіри та/або одяг.

² крім використання відповідних ЗІЗ, завжди слід проводити обробку рук, дотримуватися респіраторної гігієни і етикету кашлю. Необхідно утилізувати ЗІЗ у відповідний контейнер після використання, а гігієна рук повинна проводитися до надягання і після зняття ЗІЗ.

³ кількість доглядальників повинна бути обмежена. Якщо особи, які надають додатковий догляд, повинні увійти в кімнату пацієнта з коронавірусною хворобою (COVID-19), вони

повинні бути проінструктовані щодо правил одягання і знімання ЗІЗ та гігієни рук; догляд має проводитися під наглядом медичного працівника;

⁴ця категорія включає в себе використання дистанційних термометрів, тепловізорних камер, і обмежене спостереження, при збереженні відстані не менше 1 м.

⁵носіння маски протипоказане:

особам з проявами дихальної недостатності будь-якого походження;

особам з психічними розладами або недієздатним особам, які не можуть користуватися маскою без сторонньої допомоги;

особам без свідомості;

дітям віком до двох років.

⁶всі члени епідеміологічної бригади повинні бути навчені належному виконанню гігієни рук та одягання і зніманню ЗІЗ, з метою мінімізації ризиків самозараження.

Специфікація ЗІЗ

Засіб індивідуального захисту	Відповідність національним стандартам
Костюм захисний від інфекційних агентів	ДСТУ EN 14126:2008 Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробування: не нижче 4 класу відповідно до класифікації опору до проникнення зараженими рідинами під гідростатичним тиском; не нижче 4 класу відповідно до класифікації опору до проникнення інфекційних агентів під час механічного контактування з матеріалами, що містять заражені рідини; не нижче 2 класу відповідно до класифікації опору до проникнення заражених рідких аерозолів; не нижче 2 класу відповідно до класифікації опору до проникнення заражених твердих часток.
Халат захисний від інфекційних агентів	ДСТУ EN 14126:2008 Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробування
Бахіли захисні від інфекційних агентів	ДСТУ EN 14126:2008 Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробування
Шапочка медична захисна від інфекційних агентів	ДСТУ EN 14126:2008 Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробування
Респіратор	ДСТУ EN 149:2017 «Засоби індивідуального захисту органів дихання. Фільтрувальні півмаски для захисту від аерозолів. Вимоги, випробування, маркування»
Медична (хірургічна) маска	ДСТУ EN 14683:2014 Маски хірургічні. Вимоги та методи випробування
Захисні окуляри	ДСТУ EN 166:2017 Засоби індивідуального захисту очей. Технічні умови
Захисний щиток	ДСТУ EN 166:2017 Засоби індивідуального захисту очей. Технічні умови
Рукавички медичні	ДСТУ EN 455-1:2014 Захисні засоби. Рукавички медичні одноразового використання. Частина 1. Вимоги та методи випробування щодо відсутності отворів ТА ДСТУ EN 455-2:2015 Медичні рукавички для одноразового застосування. Частина 2. Вимоги та випробування фізичних властивостей ТА ДСТУ EN 455-3:2019 Захисні засоби. Рукавички медичні одноразового використання. Частина 3. Вимоги та методи випробування щодо біологічного оцінювання АБО ДСТУ EN 455-4:2014 Захисні засоби. Рукавички медичні одноразового використання. Частина 4. Вимоги та методи випробування для визначення строку придатності
Рукавички захисні	ДСТУ EN 374-2:2018 Рукавички захисні від небезпечних хімічних речовин та мікроорганізмів. Частина 2. Визначення стійкості до проникнення

Додаток 7
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Розрахунок необхідної кількості (запасу) ЗІЗ для забезпечення медичних працівників в період спалаху коронавірусної хвороби (COVID-19)

1. Відповідальними за проведення розрахунку у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), у тому числі центрах екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – центри ЕМД), територіальних закладах громадського здоров'я (далі – ТЗГЗ) та спеціальних санітарно-карантинних підрозділів (далі – СКП) є їх керівники, а в їх структурних підрозділах – керівники структурних підрозділів.

2. Керівники ЗОЗ, центрів ЕМД, ТЗГЗ і СКП відповідальні за забезпечення і проведення навчання працівників щодо використання ЗІЗ відповідно до Мінімальних вимог безпеки і охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці, затверджених наказом Міністерства соціальної політики України від 29 листопада 2018 року № 1804, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 грудня 2018 року за №1494/32946.

3. Надання медичної допомоги і проведення догляду за пацієнтом з підозрою/підтвердженням COVID-19 проводиться визначеними керівником ЗОЗ, центрів ЕМД, ТЗГЗ або СКП бригадами, склад яких наведено нижче.

4. З метою визначення необхідної кількості ЗІЗ для бригади комісія з інфекційного контролю (далі – КІК) та інженер з охорони праці ЗОЗ повинні враховувати:

- персональний склад бригади;
- завдання, що покладені на кожного члена бригади;
- можливий ступінь взаємодії кожного члена бригади з пацієнтом;
- тривалість робочої зміни;
- кількість перерв в робочій зміні;
- розташування кімнати/палати для ізоляції пацієнта;
- практику утилізації відходів та розташування місця для їх збирання;
- місцезнаходження лабораторного підрозділу ЗОЗ та потенційну кількість необхідних лабораторних обстежень і досліджень;
- стандарти операційних процедур з проведення медичних маніпуляцій;
- наявність медичного обладнання та оснащення приміщень (наприклад, в залежності від того яке обладнання використовується можуть виникати додаткові ризики інфікування);
- підготовку медичних працівників;
- розподіл потоків пацієнтів в ЗОЗ;
- місцезнаходження діагностичного підрозділу (наприклад, рентгенологічне відділення).

5. З метою визначення необхідної кількості ЗІЗ для працівників амбулаторно-поліклінічних закладів (центрів первинної медико-санітарної допомоги і консультативно-діагностичних центрів) і приймальних відділень (відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги) інженер з охорони праці ЗОЗ і КІК (за наявності) мають врахувати:

- потенційний стан тяжкості пацієнта;
- персональний склад бригади;
- завдання, що покладені на кожного члена бригади;
- можливий ступінь взаємодії кожного члена бригади з пацієнтом;
- тривалість робочої зміни;
- кількість перерв в робочій зміні;
- розташування кімнат прийому пацієнтів;
- інтенсивність надання медичної допомоги;
- наявність фізичних методів захисту персоналу (наприклад, прозорих пластикових перегородок в реєстратурі);
- практику утилізації відходів та розташування місця для їх збирання;
- місцезнаходження лабораторного підрозділу ЗОЗ та потенційну кількість необхідних лабораторних обстежень і досліджень;
- стандарти операційних процедур з проведення медичних маніпуляцій;
- наявність медичного обладнання та оснащення приміщень (наприклад, в залежності від того яке обладнання використовується можуть виникати додаткові ризики інфікування);
- підготовку медичних працівників;
- розподіл потоків пацієнтів в ЗОЗ;
- місцезнаходження діагностичного підрозділу (рентгенологічне відділення, клінічна лабораторія тощо);
- можливу тривалість перебування пацієнта в ЗОЗ.

6. З метою визначення необхідної кількості ЗІЗ для працівників центрів ЕМД, які будуть надавати екстрену медичну допомогу і транспортувати пацієнтів, керівник закладу враховує:

- персональний склад бригади;
- завдання, що покладені на кожного члена бригади;
- можливий ступінь взаємодії кожного члена бригади з пацієнтом;
- середнє навантаження на бригаду/кількість виїздів
- тривалість транспортування пацієнта;
- практику утилізації відходів;
- стандарти операційних процедур з проведення медичних маніпуляцій;
- наявність медичного обладнання та оснащення автомобіля екстреної медичної допомоги (наприклад, в залежності від того яке обладнання використовується можуть виникати додаткові ризики інфікування);

підготовку медичних працівників;
необхідність проведення заключної дезінфекції.

8. З метою визначення необхідної кількості ЗІЗ для ТЗГЗ і СКП для працівників, які будуть працювати у вогнищі або проводити медичний (санітарний) огляд керівник закладу враховує:

- персональний склад бригади;
- завдання, що покладені на кожного члена бригади;
- можливий ступінь взаємодії кожного члена бригади з пацієнтом, в тому числі наявність фізичних бар'єрів;
- тривалість робочої зміни;
- кількість перерв в робочій зміні;
- розташування кімнати/палати для ізоляції осіб з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19);
- інтенсивність потоку осіб (кількість) за одиницю часу;
- практику утилізації відходів та розташування місця для їх збирання;
- стандарты операційних процедур з проведення маніпуляцій (наприклад, опитування, огляду, вимірювання температури тіла, проведення експрес-тестування);
- підготовку медичних працівників;
- розподіл потоків осіб, в тому числі необхідність медичного сортування.

9. Багаторазові ЗІЗ дозволено використовувати за умови дотримання вимог до очищення, дезінфекції та стерилізації, а саме:

- наявність відповідного приміщення з розподілом зон та дотриманням поточності (рух контамінованого (забрудненого) ЗІЗ від брудної зони до чистої);
- можливості проведення очищення, дезінфекції та обробки ЗІЗ валідованим методом відповідно до інструкції виробника;
- наявність затверджених керівником ЗОЗ, центрів ЕМД, ТЗГЗ або СКП стандартів операційних процедур з проведення очищення, дезінфекції та стерилізації.

10. Оскільки необхідність в наступному використанні запасів ЗІЗ, в разі їх невикористання, може не виникнути протягом терміну придатності, запаси ЗІЗ слід оновлювати (наприклад, використовувати ЗІЗ із терміном придатності менше одного року, а замість них закуповувати ЗІЗ із терміном придатності не менше 75% від загального терміну зберігання).

Розрахунок необхідної кількості (запасу) ЗІЗ

1. Розрахунок необхідної кількості (запасу) ЗІЗ в ЗОЗ має визначатися виключно КІК та інженером з охорони праці та затверджуватися його керівником, а в ТЗГЗ і СКП – керівником.
2. Розрахунок може рзнитися в залежності від факторів, які наведені вище.
3. Приклади розрахунку потреби в ЗІЗ (розрахунок орієнтовної потреби на добу), без врахування факторів, які наведені вище:

1) терапевтичне або інфекційне відділення (бригада працює в зоні перебування пацієнтів протягом всієї робочої зміни):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ¹							Багаторазові ЗІЗ	
	Халат захисний від інфекційних агентів	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Рукавички нетальковані нітрилові	Бахіли захисні від інфекційних агентів	Фартух медичний	Шапочка медична захисна від інфекційних агентів ²	Маска хірургічна (медична)	Захисні окуляри або щиток	Рукавички захисні
Сестра медична	30	72	4	0	1	5	72	6	0
Лікар	20	24	2	0	0	1	36	4	0
Член КІК	2	2	2	0	0	0	4	2	0
Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця) або дезінфектор	4	8	0	5	2	4	4	2	2
Лаборант (медичина)	4	4	4	0	2	2	5	2	0
Всього	60	110	12	5	5	12	121	16	2

¹кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю робочої зміни, перерв і т.д. Розрахунок в таблиці проводиться на бригади, які працюють 4 години (наприклад, перша бригада працює 4 години, її змінює друга бригада, яка також працює 4 години; далі працює перша бригада 4 години і т.д.

²шапочку медичну захисну від інфекційних агентів одноразову слід одягати при ризику потрапляння біологічних рідин (в першу чергу виділень з верхніх дихальних шляхів) на шкіру голови та волосся (наприклад, при догляді за хворим із вираженим кашлем).

2) відділення реанімації та інтенсивної терапії (бригада працює в зоні перебування пацієнтів протягом всієї робочої зміни):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ¹								Багаторазові ЗІЗ		
	Халат захисний від інфекційних агентів	Костюм захисний від інфекційних агентів	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Рукавички нетальковані нітрилові	Бахіли захисні від інфекційних агентів	Фартух медичний	Респіратор класу захисту FFP2	Шапочка медична захисна від інфекційних агентів ²	Маска хірургічна (медична)	Захисні окуляри або щиток	Рукавички захисні
Сестра медична	0	36	90	4	0	4	36	5	8	12	0

Лікар	0	12	60	2	0	2	12	2	5	4	0
Член КІК	2	0	2	2	0	0	0	0	4	2	0
Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця) або дезінфектор	8	8	20	0	6	4	4	4	5	8	4
Лаборант (медицина)	4	0	4	4	0	2	0	2	5	4	0
Всього	14	56	176	12	6	12	52	13	27	9	4

¹кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю робочої зміни, перерв і т.д. Розрахунок в таблиці проводиться на бригади, які працюють 3 години (наприклад, перша бригада працює 3 години, її змінює друга бригада, яка також працює 3 години; далі працює перша бригада 3 години і т.д.

²шапочку медичну захисну від інфекційних агентів одноразову слід одягати при ризику потрапляння біологічних рідин (в першу чергу виділень з верхніх дихальних шляхів) на шкіру голови та волосся (наприклад, при догляді за хворим із вираженим кашлем).

3) приймальне відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги (з розрахунку на прийом 50 пацієнтів за добу):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ¹								Багаторазові ЗІЗ	
	Халат захисний від інфекційних агентів	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Рукавички нетальковані нітрилові	Бахіли захисні від інфекційних агентів	Фартух медичний	Респіратор класу захисту FFP2	Шапочка медична захисна від інфекційних агентів ²	Маска хірургічна (медична)	Захисні окуляри або щиток	Рукавички захисні
Сестра медична	50	50	4	0	6	6	6	50	12	0
Лікар	50	50	2	0	2	6	6	50	8	0
Член КІК	2	2	2	0	0	0	0	4	2	0
Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця) або дезінфектор	20	4	0	6	6	0	0	48	8	4
Сестра медична або молодша медична сестра або реєстратор медичний	0	0	0	0	0	0	0	24 ³	0	
Лаборант (медицина)	4	4	4	0	2	0	2	12	2	
Всього	126	110	12	6	16	12	14	188	32	4

¹кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю робочої зміни, перерв і т.д. Розрахунок в таблиці проводиться на бригади, які працюють 3 години (наприклад, перша бригада працює 3 години, її змінює друга бригада, яка також працює 3 години; далі працює перша бригада 3 години і т.д.

²шапочку медичну захисну від інфекційних агентів одноразову слід одягати при ризику потрапляння біологічних рідин (в першу чергу виділень з верхніх дихальних шляхів) на шкіру голови та волосся (наприклад, при наданні медичної допомоги пацієнту із вираженим кашлем);

³за умови неможливості дотримання фізичного дистанціювання (більше одного метру від відвідувачів) і за відсутності фізичних бар'єрів (наприклад, прозорих пластикових перегородок).

4) заклад охорони здоров'я (приймальне відділення або відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, інфекційне або терапевтичне відділення та відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ²								Багаторазові ЗІЗ		
	Халат захисний від інфекційних агентів ¹	Костюм захисний від інфекційних агентів ¹	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Рукавички нетальковані нітрилові	Бахіли захисні від інфекційних агентів	Фартух медичний	Респіратор класу захисту FFP2	Шапочка медична захисна від інфекційних агентів ³	Маска хірургічна (медична)	Захисні окуляри або щиток	Рукавички захисні
Сестра медична	80	36	212	12	0	11	42	16	130	30	0
Лікар	70	12	134	6	0	4	18	9	91	16	0
Член КІК	6	0	8	6	0	0	0	0	12	6	0
Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця) або дезінфектор	32	8	32	0	17	12	4	8	57	18	10
Сестра медична або молодша медична сестра або реєстратор медичний	0	0	0	0	0	0	0	0	24 ³	0	
Лаборант (медицина)	12	0	12	12	0	6	0	6	22	8	
Всього	200	56	398	36	17	33	64	39	336	78	10

¹ кількість костюмів захисних від інфекційних агентів має становити не менше 20% від загальної кількості захисного одягу від інфекційних агентів (халатів і костюмів).

² кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю робочої зміни, перерв і т.д.

³ шапочку медичну захисну від інфекційних агентів одноразову слід одягати при ризику потрапляння біологічних рідин (в першу чергу виділень з верхніх дихальних шляхів) на шкіру голови та волосся (наприклад, при наданні медичної допомоги пацієнту із вираженим кашлем).

5) амбулаторно-поліклінічні заклади (п'ять кімнат прийому пацієнтів):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ¹						Багаторазові ЗІЗ		
	Халат захисний від інфекційних агентів	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Рукавички нетальковані нітрилові	Бахіли захисні від інфекційних агентів	Фартух медичний	Шапочка медична захисна від інфекційних агентів ²	Маска хірургічна (медична)	Захисні окуляри або щиток	Рукавички захисні
Сестра медична	40	40	0	0	0	0	40	2	0
Лікар	50 ³	200	0	0	0	10	200	10	0
Член КІК ⁴	2	2	2	0	0	0	4	2	0
Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця) або дезінфектор	2	0	0	2	2	0	4	2	2
Сестра медична або молодша медична сестра або реєстратор медичний	0	0	0	0	0	0	10 ⁵	0	0
Лаборант (медицина)	4	8	8	0	4	4	10	4	0
Всього	98	250	10	2	6	14	268	22	2

¹ кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю робочої зміни, кількості прийнятих пацієнтів, перерв і т.д. Розрахунок в таблиці проводиться на бригади, які працюють 8 годин (кожен лікар веде прийом близько 20 пацієнтів).

Кількість осіб в кімнаті, в якій проводиться огляд пацієнта і надається медична допомога, має бути максимально обмеженою, тобто лікар, за можливості, має проводити огляд самостійно і за потреби долучати сестру медичну;

³халат захисний від інфекційних агентів лікарю рекомендовано змінювати в разі, якщо на нього потрапили біологічні рідини пацієнта (наприклад, мокрота);

²шапочку медичну захисну від інфекційних агентів одноразову слід одягати при ризику потрапляння біологічних рідин (в першу чергу виділень з верхніх дихальних шляхів) на шкіру голови та волосся (наприклад, при проведенні огляду пацієнта із вираженим кашлем).;

⁴особа, яка спостерігає за правильністю одягання, носіння та зняття ЗІЗ;

⁵за умови неможливості дотримання фізичного дистанціювання (більше одного метру від відвідувачів) і за відсутності фізичних бар'єрів (наприклад, прозорих пластикових перегородок).

б) лікарська бригада екстреної медичної допомоги (з розрахунку на обслуговування 10 викликів) :

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ²				Багаторазові ЗІЗ
	Халат захисний від інфекційних агентів ¹	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Маска хірургічна (медична)	Респіратор класу захисту FFP2	Захисні окуляри або щиток
Сестра медична, фельдшер або парамедик	20	30	20	2	4
Лікар	10	20	10	1	2
Водій або екстрений медичний технік	0	0	10 ³	0	0
Всього	30	50	40	3	6

¹кількість костюмів захисних від інфекційних агентів має становити не менше 20% від загальної кількості захисного одягу від інфекційних агентів (халатів і костюмів).

²кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю робочої зміни, перерв і т.д.

³медичну (хірургічну) маску водій одягає у випадках, коли його кабіна не ізольована від зони пацієнта.

7) фельдшерська бригада ЕМД (з розрахунку на обслуговування 10 викликів):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ²				Багаторазові ЗІЗ
	Халат захисний від інфекційних агентів ¹	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Маска хірургічна (медична)	Респіратор класу захисту FFP2	Захисні окуляри або щиток
Сестра медична, фельдшер або парамедик	20	30	20	2	4
Водій ³ або екстрений медичний технік	10	10	10	0	2
Всього	30	40	30	2	6

¹кількість костюмів захисних від інфекційних агентів має становити не менше 20% від загальної кількості захисного одягу від інфекційних агентів (халатів і костюмів).

²кількість необхідних ЗІЗ на зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із тяжкістю стану пацієнта, тривалістю зміни, перерв і т.д.

³ЗІЗ на водія розраховано на випадок, якщо він приймає участь у транспортуванні пацієнта до/з транспортного засобу.

8) санітарно-карантинний підрозділ аеропорту (з розрахунку на прийом одного літака з 200 пасажирами):

Член бригади	Одноразові ЗІЗ ¹	Багаторазові ЗІЗ
--------------	-----------------------------	------------------

	Халат захисний від інфекційних агентів	Рукавички із довгими манжетами нетальковані нітрилові	Бахіли захисні від інфекційних агентів	Фартух медичний	Маска хірургічна (медична)	Захисні окуляри або щиток	Рукавички захисні
Сестра медична або молодша медична сестра або реєстратор медичний ²	0	0	0	0	2	0	0
Лікар-епідеміолог та/або помічник(и) лікаря-епідеміолога	0	2	0	0	2	0	0
Сестра медична ізоляційної кімнати	2	2	0	0	2	2	0
Сестра медична	4 ³	200	0	10 ³	2	2	0
Дезінфектор	3	0	3	3	3 ⁴	3	1
Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця) зони скринінгу	1	1	1	1	1	0	0
Всього	10	207	4	14	12	7	1

¹кількість необхідних ЗІЗ на робочу зміну може змінюватися в залежності від багатьох факторів, включно із кількістю прибулих осіб, тривалості робочої зміни, кількості потоків прибулих осіб і т.д.;

²за умови неможливості дотримання фізичного дистанціювання (більше одного метру від відвідувачів) і за відсутності фізичних бар'єрів (наприклад, прозорих пластикових перегородок);

³поверх халату захисного від інфекційних агентів рекомендовано одягати одноразовий медичний фартух з метою недопущення його забруднення біологічними рідинами; халат захисний від інфекційних агентів слід змінювати у випадках, коли він видимо забруднився;

⁴в разі використання методу розпилення дезінфекційних агентів, замість медичної (хірургічної) маски необхідно використовувати респіратор класу захисту не нижче FFP2.

Додаток 8
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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 застосовувати 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 засобів індивідуального захисту (далі – 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 протипоказань;

нагадування щодо необхідності прикривати ніс і рот під час кашлю або чхання серветкою або зігнутих 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 аерозольгенеруючих 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 переконатися в тому, що під час проведення аерозольгенеруючих 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 волосяний 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 фартух 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/сек/пацієнт;

використовувати приміщення з негативним тиском, щонайменше з 12-кратним повітрообміном на годину та контрольованим 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 ПШК;

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 екстреної (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 запобіганням 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 переконатися 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 аерозольгенеруючої процедури, персонал повинен надягати протиаерозольний респіратор класу захисту не нижче FFP2.

Персонал, який транспортує зразки, має пройти відповідне навчання щодо безпеки поводженням 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 9
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Рекомендації щодо проведення очищення та дезінфекції поверхонь в закладах охорони здоров'я в умовах надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)

Інфікування SARS-CoV-2 відбувається контактним та крапельним шляхами, поширення вірусу повітряним шляхом можливе при виконанні аерозоль-генеруючих процедур. При реалізації контактного шляху факторами передачі виступають контаміновані поверхні навколишнього середовища. Дані рекомендації направлені на зменшення ролі фомітів в передачі SARS-CoV-2 в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ). Їх слід враховувати при розробці та впровадженні стандартних операційних процедур (далі – СОП) щодо очищення та дезінфекції поверхонь в ЗОЗ в умовах надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу COVID-19 (далі – COVID-19).

Основні принципи очищення поверхонь

Очищення поверхонь має передувати будь-якому процесу дезінфекції. Воно допомагає видалити мікроорганізми або значно зменшити їх кількість на забрудненій поверхні. Очищення здійснюється водою з милом або нейтральними миючими засобами шляхом механічної дії (чищення чи тертя). Таким чином видаляється та/або зменшується кількість бруду, сміття та органічних речовин, таких як біологічні рідини, але не знищуються мікроорганізми.

Очищення поверхонь слід здійснювати послідовно від найменш забруднених (найчистіших) до найбільш забруднених (найбрудніших) областей та від вищих рівнів до нижчих. Підлогу необхідно очищати в останню чергу. На початку кожного прибирання необхідно використовувати чисті ганчірки та серветки та слідкувати, щоб під час очищення ганчірка/серветка не висихала та постійно була насичена розчином. У палатах, де перебувають пацієнти з COVID-19, необхідно використовувати нову ганчірку для очищення кожного окремого ліжка. Після використання ганчірки мають бути ретельно продезінфіковані, бажано використовувати нові якомога частіше.

Обладнання (відра, швабри тощо), яке використовується для приміщень, де безпосередньо перебувають пацієнти з COVID-19 (палати, «брудні зони»), повинно мати яскраве маркування і розташовуватись окремо від обладнання для прибирання інших приміщень. Мийні розчини швидко забруднюються і тривале використання одного і того ж розчину може переносити мікроорганізми на кожен наступну поверхню. Тому слід замінювати мийний розчин якомога частіше, бажано після кожної зони перебування хворих (після кожної палати, а при необхідності, кілька разів під час прибирання однієї палати). Рекомендовано готувати свіжі розчини щодня або перед кожним прибиранням. Відра після використання слід помити з миючим засобом,

прополоскати, висушити та зберігати перевернутими догори для повного стікання залишків вологи.

Принципи дезінфекції поверхонь

Залишки органічних речовин можуть перешкоджати контакту дезінфікуючого засобу з поверхнею, інактивувати дезінфектанти або перешкоджати взаємодії декількох активних речовин засобу. Тому очищення завжди має передувати процесу дезінфекції.

Розчини для дезінфекції необхідно готувати та використовувати, дотримуючись концентрації та часу експозиції відповідно до рекомендацій виробника. Занадто високі концентрації збільшують токсичний вплив на осіб, які контактують з розчином, та можуть пошкодити поверхні. Необхідно застосовувати достатню кількість дезінфекційного розчину, аби поверхні залишалися вологими на час експозиції, і дезінфекційний засіб міг знищити збудника.

При виборі дезінфекційного засобу для використання в закладі охорони здоров'я необхідно враховувати:

- цільові мікроорганізми;
- сумісність дезінфікуючих засобів та поверхонь, які підлягають обробці;
- токсичність;
- простоту використання;
- стабільність продукту;
- умови використання дезінфекційного засобу в закритих приміщеннях.

Вибір дезінфекційного засобу

При виборі дезінфекційного засобу для використання в закладі охорони здоров'я, слід враховувати його здатність впливати на вірус SARS-CoV-2, а також інші патогенні мікроорганізми, пов'язані з наданням медичної допомоги, включаючи *Staphylococcus aureus*, *Salmonella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, віруси гепатиту А і В. Необхідно приймати до уваги такі стійкі в навколишньому середовищі організми, як *Clostridioides difficile* та *Candida auris*, які також є стійкими до деяких категорій дезінфікуючих засобів.

Після очищення для досягнення зменшення навантаження вірусу SARS-CoV-2 на поверхні можуть бути застосовані наступні засоби для дезінфекції, які також є ефективними проти інших збудників, які мають вагоме значення в умовах закладів охорони здоров'я:

- етанол 70-90%;
- засоби на основі хлору (наприклад, гіпохлорит – 0,1% (1000 ‰) для загальної дезінфекції внутрішнього середовища закладу або 0,5% (5000 ‰) при забрудненні великою кількістю біологічної рідини);
- перекис водню > 0,5%.

Для даних дезінфікуючих засобів рекомендовано дотримуватись часу експозиції не менше однієї хвилини або відповідно до рекомендацій виробника. Інші дезінфікуючі засоби можуть застосовуватись, якщо виробник зазначає їх ефективність для цільової групи мікроорганізмів (у випадку із збудником COVID-19 – ліпофільних вірусів).

Застосування хлорвмісних дезінфекційних засобів

В Україні представлено багато дезінфекційних засобів, у яких в якості активної діючої речовини виступають різні сполуки хлору.

У розчинах гіпохлориту натрію активною діючою речовиною виступає недисоційована гіпохлорна кислота (HOCl), яка проявляє широкий спектр антимікробної активності. У різних концентраціях вона є ефективною проти поширених збудників. Наприклад, гіпохлорит ефективний проти ротавірусу в концентрації 0,05%, але для більш стійких збудників, таких як *S. aureus* чи *S. difficile*, необхідно використовувати більш високі концентрації.

В умовах надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 рекомендована концентрація розчину гіпохлориту натрію становить 0,1%, її достатньо для інактивації більшості інших патогенних мікроорганізмів, які можуть бути присутні в закладі охорони здоров'я. Але у випадку, коли необхідно продезінфікувати поверхню, забруднену великою кількістю біологічної рідини (понад 10 мл), рекомендовано використовувати концентрацію 0,5%. Слід пам'ятати, що гіпохлорит швидко інактивується в присутності органічних речовин, тому незалежно від концентрації розчину необхідно попередньо проводити очищення поверхні. Високі концентрації хлору можуть призвести до корозії металу та подразнення шкіри або слизових оболонок. Також пари хлору є токсичними для людей та становлять особливу небезпеку для осіб із захворюваннями дихальної системи.

Розчини хлорвмісних дезінфекційних засобів слід зберігати в непрозорих ємностях у добре провітрюваному, закритому приміщенні, що не піддається впливу прямих сонячних променів. Кожного дня слід готувати свіжий розчин.

Безконтактні методи дезінфекції

Проводити заходи дезінфекції всередині приміщень шляхом розпилювання дезінфікуючих засобів або фумігації з метою знищення вірусу SARS-CoV-2 не рекомендовано. Ці методи можуть бути неефективними за межами прямих зон обприскування, при забрудненні поверхонь органічними речовинами, пропускати ділянки, які екрановані предметами чи накріті тканинами або мають складну конструкцію. Також такі підходи до проведення дезінфекційних заходів можуть створювати додаткові ризики ураження шкіри, слизових очей та дихальних шляхів осіб, які її здійснюють. Дезінфекцію рекомендовано проводити шляхом протирання, використовуючи ганчірку або серветку, змочену розчином.

Відкриті ультрафіолетові випромінювачі (далі – УФ-опромінювачі) можуть використовуватися для дезінфекції повітря в закритих приміщеннях та поверхонь після використання дезінфекційних засобів за умов відсутності людей.

Екрановані УФ-опромінювачі можуть використовуватися в закритих приміщеннях в присутності людей для боротьби з інфекціями, що передаються повітряним шляхом (туберкульоз, кір та захворювання викликані VZV). Дані щодо ефективності проти збудників, які передаються крапельним шляхом є суперечливими. Екрановані УФ-опромінювачі можуть використовуватися при неадекватній роботі вентиляції, наприклад, в приміщеннях, де проводяться аерозольгенеруючі процедури.

На ефективність УФ-опромінення можуть впливати різні фактори: тип мікроорганізму, відстань від УФ-опромінювача, доза опромінення, довжина хвилі, час опромінення, розміщення лампи, тривалість використання (експлуатації) лампи і опромінювача, параметри пристрою, розмір та форма приміщення, характер поверхонь та їх відбиваючі властивості.

Описані вище методи безконтактної дезінфекції можуть доповнювати стандартні методи (очищення та дезінфекція вручну), але в жодному випадку їх не замінюють.

Організація очищення та дезінфекції

Очищення та дезінфекція поверхонь в лікувальних закладах має відбуватися відповідно до детальних стандартів операційних процедур (протоколів, алгоритмів), з чітким визначенням обов'язків персоналу, типу приміщення, типу поверхонь та частоти очищення. Слід заздалегідь спланувати кількість персоналу, який буде здійснювати прибирання для оптимізації процесу. Працівники закладу мають бути проінформовані про графік проведення дезінфекції поверхонь в приміщеннях, щоб усвідомлювати ризики при контакті з поверхнями і обладнанням та уникнути забруднення рук під час виконання обов'язків. Особливу увагу слід приділяти очищенню поверхонь, до яких часто торкаються, таких як дверні ручки, вимикачі світла, столи тощо.

Таблиця 1. Рекомендована частота очищення поверхонь всередині приміщень в закладах охорони здоров'я відповідно до зон перебування пацієнтів із підозрою або підтвердженим захворюванням на COVID-19

Тип приміщення	Частота¹	Додаткові рекомендації
Зона скринінгу або сортування	Не менше двох разів на день	Необхідно приділяти увагу поверхням, до яких часто торкаються, а в останню чергу – підлозі.
Палати стаціонарного перебування хворих, під час перебування пацієнтів	Не менше двох разів на день, бажано тричі	Приділяти увагу поверхням, до яких часто торкаються, починаючи із тих, що для спільного використання. Надалі слід перейти до кожного ліжка, використовуючи кожний раз нову

		ганчірку/серветку, якщо це можливо. В останню чергу – підлога.
Палати стаціонарного перебування хворих, після звільнення	Після звільнення палати	Очищення та дезінфекція мають відбуватися в такій послідовності: поверхні до яких рідко торкаються; до яких часто торкаються; підлога. Відходи та білизна мають бути вивезені з палати, а ліжка слід ретельно продезінфікувати.
Приміщення амбулаторного прийому хворих; приймальне відділення	Після кожного пацієнта, приділяючи увагу поверхням, до яких часто торкаються, та не менше одного разу на день заключне прибирання	Після кожного пацієнта: обробляти поверхні, до яких часто торкаються. Один раз на день в наступній послідовності: поверхні, до яких рідко торкаються, до яких часто торкаються, підлога; вивезення сміття; ретельне очищення та дезінфекція оглядових кушеток.
Холи та коридори	Принаймні двічі на день ²	Поверхні, до яких часто торкаються, в тому числі поручні на сходах, тощо; в останню чергу підлога.
Туалети та ванні кімнати пацієнтів	В одномісних палатах: не менше двох разів на день. Загального користування: не менше трьох разів на день.	В наступній послідовності: поверхні, до яких часто торкаються, включаючи дверні ручки, вимикачі світла, крани; раковини; туалети; підлога. Уникайте спільного використання туалету персоналом та пацієнтами.

¹також поверхні слід очищати та дезінфікувати, коли вони помітно забруднені або забруднені біологічними рідинами.

²частота може бути один раз на день, якщо приміщення не використовуються часто.

Безпечне використання дезінфекційних засобів

При підготовці, розведенні та застосуванні дезінфекційних засобів слід виконувати рекомендації виробника щодо безпечного застосування засобу, та враховувати, що неможна змішувати дезінфекційні засоби різних типів. У разі змішування можуть виділятися потенційно небезпечні гази, особливо при застосуванні гіпохлориту.

У приміщеннях, де перебувають особи з підозрою або підтвердженим захворюванням на COVID-19, відбувається скринінг, медичне сортування (тріаж) та клінічні консультації, працівники, які здійснюють очищення поверхонь, повинні носити відповідні ЗІЗ згідно з додатком 6 до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19).

Персонал, який готує та використовує дезінфекційні розчини, повинен використовувати ЗІЗ, що обумовлено їх високою концентрацією і тривалим часом впливу протягом робочого дня. Такі ЗІЗ включають: робочий одяг з довгими рукавами, закрите робоче взуття, халат захисний від інфекційних агентів або водонепроникний фартух; рукавички захисні, медична маска та захист слизових очей (рекомендовано використовувати щиток).

Додаток 10
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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 (переконайтесь, 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 миючий засіб та воду).

10. Слід уникати прямого незахищеного контакту з біологічними рідинами хворого – використовуйте одноразові медичні рукавички (бажано нитрилові) 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 миючим 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-дезінфікувальним засобом.

14. Слід очищати і дезінфікувати поверхні ванної та туалету щонайменше один раз на день звичайним побутовим мийно-дезінфікувальним 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°C 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.

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 11
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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) при показах: викликати екстрену медичну допомогу 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, дотримуватись 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 12
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Клінічні синдроми, пов'язані з COVID-19

Патологічний стан	Характеристика
Пневмонія легкого ступеню тяжкості	<p>Хворий на пневмонію при відсутності ознак тяжкої пневмонії.</p> <p>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 місяці – менше 60; 2–11 місяців – менше 50; 1–5 років – менше 40).</p>
Пневмонія тяжкого ступеня	<p>Для підлітків або дорослих: гарячка або підозра на респіраторну інфекцію, плюс частота дихання > 30 вдихів/хв, виражена дихальна недостатність або SpO₂ <90% при спонтанному диханні в приміщенні.</p> <p>Дитина з кашлем або утрудненням дихання і хоча б одне з наступних:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) центральний ціаноз або SpO₂ <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, судоми. <p>Можуть бути й інші ознаки пневмонії: участь допоміжних м'язів у диханні, часте дихання (вдихів/хв): <2 місяці 60 і більше; 2–11 місяців 50 і більше; 1–5 років 40 і більше.</p> <p>Діагноз – клінічний; рентгенологічне дослідження органів грудної клітки може бути корисним.</p>
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 мм.рт.ст. <PaO₂/FiO₂ ≤ 300 мм.рт.ст. (з PEEP або CPAP ≥5 см H₂O, або не вентильований); • помірний ГРДС: 100 мм.рт.ст. <PaO₂/FiO₂ ≤200 мм.рт.ст. з PEEP ≥5 см H₂O, або не вентильований); • тяжкий ГРДС: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 мм рт.ст. з PEEP ≥5 см H₂O, або не вентильований); • якщо PaO₂ недоступний, використовується SpO₂/FiO₂, при SpO₂/FiO₂ ≤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 SpO₂):</p> <ul style="list-style-type: none"> • дворівнева NIB або CPAP ≥5 см H₂O через повну маску для обличчя: PaO₂/FiO₂ ≤ 300 мм.рт.ст. або SpO₂/FiO₂ ≤264; • легкий ГРДС (інвазивна вентиляція): 4 ≤ OI <8 або 5 ≤ OSI <7,5; • помірний ГРДС (інвазивна вентиляція): 8 ≤ OI <16 або 7,5 ≤ OSI <12,3

	<ul style="list-style-type: none"> • тяжкий ГРДС (інвазивна вентиляція): $OI \geq 16$ або $OSI \geq 12.3$
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 гіпотенія, незважаючи на об'ємну ресусцитацію, потреба у вазопресорах для підтримки СерАТ ≥ 65 мм.рт.ст. та рівень лактату в сироватці крові > 2 ммоль/л.</p> <p>Діти: будь-яка гіпотензія (сistolічний артеріальний тиск < 5-й центиль або > 2 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 (ЧСС < 90 уд/хв або > 160 уд/хв у немовлят та ЧСС < 70 уд/хв або > 150 уд/хв у дітей); 3) тривале капілярне наповнення (> 2 сек); 4) тахіпноє; 5) строкаті шкірні петехіальні або пурпурові висипання; 6) підвищений лактат; 7) олігурія; 8) гіпертермія або гіпотермія.

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

- 1) дихальна система – гіпоксемія, визначена низьким рівнем PaO_2/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 ТГРС

Слід ініціювати кисневу терапію починаючи з 5 л/хв та регулювати швидкість потоку до досягнення цільового рівня $SpO_2 \geq 93\%$ у невагітних дорослих та $SpO_2 \geq 92-95\%$ 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 $SpO_2 \geq 94\%$; 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 ГРВІ, 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 рекомбінантні 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, ефективної та безпечної підтримуючої терапії є наріжним каменем терапії для пацієнтів, у яких розвиваються тяжкі прояви COVID-19.

Додаток 14
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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 внутрішньолегової 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 приливні 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 видихається, 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, спричиненою сепсисом, які не відповідають критеріям ГРДС, використовуючи менший об'єм вдиху (4–8 мл/кг ідеальної маси тіла (PBW) та нижчий тиск вдиху (плато 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 pH 7,30–7,45. Для забезпечення синхронізації з апаратом штучної вентиляції легень і досягнення цільових об'ємних показників може знадобитися застосування глибокої седації.

Пацієнтам із вираженим ГРДС рекомендується вентиляція легень у положенні на животі протягом > 12 годин 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 використовується поміркована рестриктивна стратегія внутрішньовенних інфузій, головний ефект якої полягає у скороченні тривалості вентиляції.

У пацієнтів із помірним та тяжким ГРДС пропонується вищий РЕЕР замість нижчого РЕЕР. Титрування 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). Титруванням 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 седацію, 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 15
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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 годин. 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 рентгенівських 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 час або після введення рідини. Початкова ціль для артеріального тиску становить $sAT \geq 65$ мм.рт.ст. у дорослих та віковий рівень у дітей.

Якщо центральні венозні катетери недоступні, вазопресори 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. Вазопресори 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.

Вазопресори (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 резервуйте дофамін для окремих пацієнтів з низьким ризиком розвитку тахіаритмії або пацієнтів із брадикардією.

Додаток 16
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (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 закрити 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 годин 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

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

Заходи з амбулаторної медичної допомоги вагітним жінкам

При нагляді за вагітною жінкою в амбулаторних умовах лікарю загальної практики – сімейної медицини/лікарю акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці необхідно дотримуватись плану ведення вагітності (графіку візитів).

Усі консультації, які не потребують тестувань та УЗД, мають проводитись дистанційно (відеоконсультації або телефонні консультації). Жінки, які мають пройти обов'язкове обстеження, що недоцільно відтермінувати, мають узгодити години прийому заздалегідь, задля уникнення контакту з іншими пацієнтками/відвідувачами пацієнок у жіночій консультації.

Вагітним жінкам із симптомами, що можуть свідчити про COVID-19, слід рекомендувати самоізоляцію, контроль температури тіла, а також невідкладно повідомити лікаря з надання ПМД та лікаря акушер-гінеколога, на обліку в якого вона знаходиться.

Якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 відсутня пологова діяльність та відсутня акушерська патологія, а також наявний легкий перебіг захворювання вона залишається на самоізоляції зі щоденним інформуванням про свій стан лікаря ПМД та лікаря акушер-гінеколога, які забезпечують активний дистанційний нагляд за станом здоров'я пацієнтки.

Заходи з самоізоляції вагітних з підозрою або підтвердженою інфекцією COVID-19

У разі можливості, планові візити до фахівців в антенатальному періоді відтермінуються до кінця ізоляції. В разі, якщо вагітна із підозрою/підтвердженим інфікуванням COVID-19 має проходити планові обстеження, які неможливо відтермінувати, жінка має пройти обстеження останньою.

В разі виникнення ситуації, коли медичну допомогу відтермінувати неможливо, вагітна має заздалегідь узгодити години прийому та попередити лікарів щодо візиту.

Заходи з госпіталізації жінок із підозрою/підтвердженою COVID-19

Вагітних необхідно скеровувати до спеціалізованого пологового будинку, визначеного структурним підрозділом з питань охорони здоров'я для надання допомоги вагітним з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 у разі:

початку пологової діяльності у пацієнтки, яка знаходилася вдома на самоізоляції до моменту отримання результатів лабораторного дослідження (ПЛР);

якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 відсутня пологова діяльність, але наявний важкий чи середньої важкості стан перебігу захворювання, наявна важка супутня екстрагенітальна/акушерська патологія у разі підтвердження у неї COVID-19;

показань для госпіталізації (акушерських або пов'язаних із загостренням наявної екстрагенітальної патології, або важкому перебігу ГРВІ/COVID-19);

При прийомі пацієнтки з підозрою/підтвердженою COVID-19 варто передбачити відсутність контакту з іншими пацієнтками. За можливості передбачити прийом вагітної одразу в боксовану палату лікувального закладу, з подальшим оглядом і оформленням медичної документації безпосередньо на місці.

Приймальне відділення такого закладу, окрім стандартного набору оснащення, забезпечується пульсоксиметром, апаратом УЗД, кардіомонітором для діагностики стану плода, підведенням кисню та/або можливістю негайно розпочати оксигенотерапію, якщо цього потребуватиме стан пацієнтки та засобами індивідуального захисту для персоналу.

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

В пологах проводити постійний електронний моніторинг плода і сатурації. Сатурація у роділлі з підозрою/підтвердженим COVID-19 повинна бути у пологах не менше 94%.

Рішення про скорочення тривалості 2-го періоду пологів приймаються індивідуально щодо жінки із симптомами захворювання, якщо її стан погіршується (прогресує виснаження або гіпоксія).

Із дитиною проводити дії відповідно до стандартів (дотримання умов теплового ланцюжка), поки пуповина не затиснута.

Заходи з анестезіологічного забезпечення вагітних з діагнозом або підозрою на COVID-19

Застосовуються звичайні протипокази до нейроаксіальної аналгезії/анестезії.

Епідуральну аналгезію використовувати при пологах у роділь із підозрою або підтвердженою COVID-19 для мінімізації потреби в загальній анестезії при терміновому розродженні, а також аерозолеутворення, що є неминучим при інтубації, ШВЛ та екстубації пацієнтки.

При кесаревому розтині методом вибору є спінальна або епідуральна анестезія.

Уникайте загальної анестезії, крім стандартних показань до її проведення (1 категорія ургентності), а також при невдалій регіональній анестезії чи наявності інших протипоказів до її проведення.

Рекомендації щодо лікування у вагітних, роділь із підозрою/підтвердженою COVID-19

Симптоматичне лікування вірусної/вірусно-бактеріальної пневмонії та її ускладнень (сепсис та гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС)) проводиться згідно існуючих стандартів.

У разі виникнення гіпотонії у COVID-19-інфікованої пацієнтки на тлі інфекційно-токсичного (септичного) шоку, варто уникати масивної інфузії, що може викликати гіперволемію та різке збільшення ОЦК, з подальшим розвитком набряку легень, що у хворих з важким перебігом COVID-19 виникає частіше і на більш низьких показниках ОЦК/САТ.

Акушерська допомога повинна надаватись в повному об'ємі і необхідне ургентне розродження не повинне відкладатись.

Ведення післяпологового періоду, критерії та умови виписки з акушерського стаціонару пацієнток з підозрою/встановленим діагнозом COVID-19

Породіллі з підозрою/встановленим діагнозом COVID-19 та легким перебігом захворювання підлягають виписці на самоізоляцію на 3-4 добу післяпологового періоду з дистанційним моніторингом стану лікарем ПМД.

Породіллі з підозрою/встановленим діагнозом COVID-19 та важким перебігом захворювання, підлягають переведенню, що може/має бути здійснено в післяпологовому періоді, як тільки дозволить стан жінки і акушерська ситуація не буде викликати занепокоєнь/у разі відсутності акушерської патології, до інфекційного/терапевтичного відділення закладу охорони здоров'я, визначеного для надання медичної допомоги хворим з COVID-19.

Новонародженого від матері з підтвердженим COVID-19, який не потребує надання медичної допомоги, виписують додому з дистанційним моніторингом стану лікарем ПМД.

Новонародженого від матері з підозрою/підтвердженим COVID-19, який потребує надання медичної допомоги, переводять до відділення, яке займається лікуванням встановленого у новонародженого діагнозу, як тільки стан дитини цього потребуватиме.

Якщо мати переводиться в інший заклад, а дитина виписується додому, виписка здійснюється відразу після переведення, або як тільки дозволить стан дитини.

Якщо мати залишається в пологодопомічному закладі, дитина можна залишати з матір'ю.

Жінки з COVID-19, можуть годувати груддю за їх бажанням, вживаючи при цьому запобіжних заходів, зокрема:

дотримуватись респіраторної гігієни під час годування, включаючи

носіння маски, що покриває рот і ніс.

мити руки та молочні залози з милом і водою протягом 20 секунд до і після контакту з дитиною.

Якщо здоров'я матері не дозволяє їй продовжувати грудне вигодовування через COVID-19, необхідно забезпечити можливість безпечно давати дитині грудне молоко за допомогою інших засобів, включаючи зцідження, відновлення лактації після перерви або використання донорського людського молока.