

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З
від 27.10.2020
№ 2438

Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»*

Відповідно до статей 6, 11 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», підпункту 14 пункту 4, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), постанови Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 року № 641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території зі значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», з метою оптимізації заходів щодо недопущення поширення на території України випадків захворювань, спричинених коронавірусом SARS-CoV-2.

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2020 року № 2122), що додаються.
2. Затвердити Зміни до Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, що додаються.
3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я України — головного державного санітарного лікаря України В. Ляшка.

Міністр

Максим СТЕПАНОВ

* За змінами до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» стежте на сайті: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17092020--2122pro-vnesennja-zmin-do-standartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
27 жовтня 2020 року № 2438

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

Стандарт 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОСЕРЕДКУ ІНФІКУВАННЯ SARS-COV-2

Обґрунтування. Виявлення нових випадків коронавірусної хвороби (COVID-19), реєстрація та моніторинг випадків інфікування та захворювання, епідеміологічний нагляд за контактними особами є надзвичайно важливими. Епідеміологічна інформація необхідна для управління заходами реагування та інформування ВООЗ.

Обов'язкові критерії якості

1. У закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) адаптовані та затверджені клінічні маршрути пацієнтів на усіх рівнях надання медичної допомоги (додаток 1). Медична допомога надається відповідно до визначення випадку захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19) (далі — COVID-19) (додаток 2).
2. Медичний працівник, який виявив особу, що відповідає визначенню випадку COVID-19:
 - 1) реєструє випадок у формі первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань» та заповнює форму первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 р. № 1, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 р. за № 686/12560 (далі — ф. № 060/о та ф. № 058/о) та здійснює інформування керівництва ЗОЗ для організації подальшого клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та протиепідемічних заходів індивідуального рівня і на рівні громади;
 - 2) у строк до 2 год з моменту встановлення випадку COVID-19, за ф. № 058/о, інформує

- лабораторний центр МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю;
- 3) у разі звернення особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19, у ЗОЗ проводиться відбір зразків матеріалів (додаток 3) та забезпечується транспортування з відповідним направленням (додаток 4) відібраних зразків у лабораторний центр МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю;
 - 4) у разі проходження особою з власної ініціативи тестування на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та при отриманні позитивного результату дослідження такі результати мають бути передані лабораторією до надавача первинної медичної допомоги, у якого обслуговується особа, для подальшої реєстрації випадку у ф. № 060/о та направлення ф. № 058/о до лабораторного центру МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю, клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та запровадження протиепідемічних заходів.
3. Активний епідеміологічний пошук випадків здійснюється шляхом лабораторного тестування на SARS-CoV-2 серед осіб, які відповідають критеріям підозрілого випадку, або в рамках диференціальної діагностики у пацієнтів з вірусною пневмонією та/або тяжким гострим респіраторним синдромом (ТГРС) та/або інших ГРВІ.
 4. Основне значення для етіологічної лабораторної діагностики COVID-19 має виявлення РНК SARS-CoV-2 з використанням методу ПЛР.

Лабораторне обстеження на РНК SARS-CoV-2 рекомендовано проводити всім особам з ознаками ТГРС та/або інших ГРВІ. В якості попереднього скринінгового обстеження використовується тест на визначення антигену SARS-CoV-2.

В обов'язковому порядку лабораторне обстеження на COVID-19 з використанням методу ПЛР проводиться таким особам:

- пацієнтам, які відповідають визначенню підозрілого, ймовірного випадку захворювання на COVID-19, з ознаками ГРВІ, вірусної пневмонії та/або ТГРС, яким не проводився скринінговий тест на визначення антигену SARS-CoV-2 або при наявності позитивного результату скринінгового тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 (додаток 2);
- пацієнтам з позагоспітальною пневмонією;
- контактним особам при появі симптомів, які не виключають COVID-19 (додаток 5);
- особам, у яких при проведенні дослідження методом імуноферментного (ІФА) або імунохемілюмінесцентного аналізу (ІХЛА) виявлено IgA, IgM, IgG та/або сумарні IgM, IgG.

Відбір зразків матеріалів для дослідження методом ПЛР та транспортування з відповідним направленням до лабораторних центрів МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю або інших лабораторій, які проводять тестування на SARS-CoV-2, здійснюється згідно з додатками 3, 4 цих стандартів.

Зразки перших п'яти позитивних випадків та перших десяти негативних, які відповідають визначенню випадку COVID-19 для тестування з використанням методів ПЛР, ІФА, ІХЛА, необхідно підтвердити:

- лабораторними центрами МОЗ України — у лабораторії ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
- усіма іншими лабораторіями, які проводять дослідження на COVID-19, — у лабораторних центрах МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю.

Тести на визначення антигену SARS-CoV-2, які використовуються для попереднього скринінгового обстеження, повинні бути верифіковані в лабораторії ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» або лабораторних центрах МОЗ України.

Виявлення антитіл до SARS-CoV-2 має допоміжне значення для діагностики COVID-19 та основне значення для оцінки імунної відповіді на існуючу чи перенесену інфекційну хворобу.

Антитіла класу А (IgA) розпочинають формуватися і доступні для детекції приблизно з 2-го дня від появи хвороби, досягають піку через 2 тиж та зберігаються тривалий період часу. Антитіла класу М (IgM) розпочинають виявлятися приблизно на 7-му добу від початку хвороби, досягають піку через тиждень і можуть зберігатися впродовж 2 міс і більше. Приблизно з 3-го тижня або раніше визначаються антитіла класу класу G (IgG) до SARS-CoV-2.

Тестування на антитіла до вірусу SARS-CoV-2 рекомендується використовувати в таких випадках:

- додатковий метод діагностики гострої інфекційної хвороби (з урахуванням серонегативного періоду) при наявності клінічних симптомів та при наявності негативного результату дослідження методом ПЛР;
 - скринінговий метод тестування медичних працівників, які безпосередньо надають медичну допомогу пацієнтам або проводять догляд за пацієнтами, хворими на COVID-19, в умовах стаціонару, працівників лабораторій, які працюють зі зразками з дихальних шляхів, отриманими від пацієнтів, хворих на COVID-19, працівників патологоанатомічних, судово-медичних бюро, відділень, які приймають участь у розтині тіла, зокрема у взятті зразків, працівників Національної поліції, Служби безпеки Президента України, Управління державної охорони та інших осіб, які мають безпосередній контакт із Президентом України, працівників Національної гвардії, Держприкордонслужби, Держпродспоживслужби, призвозників, військовослужбовців, працівників закладів закритого типу, соціальних працівників;
 - встановлення факту перенесеної раніше хвороби при проведенні масового дослідження населення для оцінки рівня популяційного імунітету;
 - для відбору потенційних донорів імунокомпетентної плазми;
 - при плановій госпіталізації пацієнтів без ознак ТГРС та/або інших ГРВІ.
5. Надавачами первинної медичної допомоги здійснюється моніторинг осіб, які мали контакт з хворими на COVID-19 (додаток 5).
 6. Усі медичні працівники, які перебувають у зоні пацієнта та/або контактують зі слизом з дихальних шляхів — наприклад, мокрота, БАЛ, матеріал, відібраний зі слизових носа, мають використовувати засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) (додаток 6).

Зоною пацієнта є зона в радіусі одного метра навколо пацієнта.

Примірні розрахунки ЗІЗ для ЗОЗ наведені в додатку 7.

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

З метою реєстрації контактних працівників і запису даних моніторингу в ЗОЗ слід завести журнал довільної форми із зазначенням мінімум наступного:

- 1) дата (и) контактів;
 - 2) прізвище, ім'я, по батькові;
 - 3) адреса проживання;
 - 4) контактний номер телефону;
 - 5) дані моніторингу по днях (температура, наявність скарг).
8. Під час надання медичної допомоги та проведення догляду за пацієнтами, які підлягають визначенню випадку COVID-19, у ЗОЗ слід дотримуватися заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (додаток 8).
9. Лікування пацієнтів, хворих на COVID-19, та моніторинг результатів надання медичної допомоги здійснюється відповідно до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 квітня 2020 року № 762 (зі змінами) (далі — Протокол).
10. Очищення та дезінфекція поверхонь у закладах охорони здоров'я при наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19) здійснюється відповідно до вимог, викладених у додатку 9.

Стандарт 2. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ТА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ПІДОЗРОЮ НА COVID-19

Обґрунтування. Пацієнтів із легкою та середньої тяжкості формами захворювання, які не мають показань до госпіталізації, рекомендовано лікувати в амбулаторних умовах. Переводити на амбулаторне лікування також слід одужуючих пацієнтів, які вже не потребують цілодобового нагляду.

1. Рішення стосовно лікування в амбулаторних умовах приймає лікар з надання первинної медичної допомоги після клінічної оцінки стану пацієнта та оцінки безпеки домашнього середовища пацієнта шляхом проведення опитування.

Легкий перебіг захворювання характеризується:

- невисокою гарячкою (до 38 °С);
- нежиттю та/або закладеністю носа;
- головним болем;
- болем у горлі;
- міалгією;
- кашлем без ознак дихальної недостатності (таких як утруднене дихання, збільшення частоти дихальних рухів, кровохаркання);
- шлунково-кишковими виявами (нудота, блювання, діарея) без ознак зневоднення;
- відсутністю змін психічного стану (порушення свідомості, млявість);

- спотворенням нюху (дизосмія), смаку (дизгевзія) та/або втратою нюху (аносмія), смаку (авгезія).

Перебіг захворювання середньої тяжкості характеризується:

- клінічними ознаками пневмонії (гарячка, кашель, утруднене та прискорене* дихання);
- сатурація при вимірюванні пульсоксиметром не менше 92 %.

2. У разі звернення пацієнта до надавача первинної медичної допомоги засобами дистанційного зв'язку:

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

Обґрунтування рішення про лікування в амбулаторних умовах вноситься в форму первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі — Медична карта амбулаторного хворого), або до електронної медичної інформаційної системи.

3. Симптоматичне лікування пацієнтів, хворих на COVID-19, призначення антибіотикотерапії та моніторинг результатів надання медичної допомоги здійснюється згідно з Протоколом.

4. Медичні працівники (лікар/медична сестра) здійснюють контроль поточного стану пацієнта і контактних осіб. Вибір методу контролю обирається лікарем, який лікує (наприклад, опитування по телефону, візит за місцем проживання/перебування). Дані моніторингу вносяться в Медичну карту амбулаторного хворого або до електронної медичної інформаційної системи.

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

- 1) необхідності дотримання особистої гігієни;
- 2) основних заходів з профілактики інфікування;

* Прискореним диханням є: для віку до 2 міс — ≥ 60 вдихів за 1 хв, від 2 до 11 міс — ≥ 50 вдихів за 1 хв, від 1 до 5 років — ≥ 40 вдихів за 1 хв.

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

Рекомендації з догляду за пацієнтом, хворим на COVID-19, у домашніх умовах наведені в додатку 10 до цих Стандартів.

6. Медичні працівники, які надають медичну допомогу за місцем проживання/перебування, і члени домогосподарств мають використовувати ЗІЗ відповідно до додатка 6.
7. У разі появи симптомів у контактної особи медичні працівники з'ясовують її стан та приймають рішення щодо необхідності госпіталізації чи надання медичної допомоги в амбулаторних умовах. У разі прийняття рішення про необхідність госпіталізації здійснюють комплекс заходів (додаток 11), спрямованих на обмеження подальшого поширення COVID-19.
8. Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим з підозрою/підтвердженим COVID-19 при наявності щонайменше однієї з перерахованих ознак:
 - 1) ЧД < 10 або > 30;
 - 2) сатурація при вимірюванні пульсоксиметром $\leq 92\%$;
 - 3) порушення свідомості (за шкалою AVPU все, крім А);
 - 4) пацієнти з перебігом захворювання середньої тяжкості, які мають тяжку супутню патологію (тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність) в стадії декомпенсації.
9. За неможливості самоізоляції (наприклад, проживання у казармі), за епідеміологічними критеріями показана ізоляція у визначений рішенням місцевими органами влади окремий заклад з одномісним розміщенням (наприклад, готелі, гуртожитки). Госпіталізація за епідеміологічними критеріями в ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу, заборонена.
10. Критеріями завершення амбулаторно-поліклінічного лікування є:
 - 1) відсутність клінічних виявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів, рахуючи з 10-го дня від дати появи симптомів без лабораторного обстеження;
 - 2) відсутність клінічних виявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів, ра-

- хуючи з 10-го дня від дати взяття матеріалу (при позитивному результаті на COVID-19 методом ПЛР) без лабораторного обстеження;
- 3) відсутність клінічних виявів гострого респіраторного захворювання, за умови отримання одного негативного результату тестування методом ПЛР.

При наявності одного з критеріїв рекомендовано припинити самоізоляцію та припинити лікування пацієнта.

Перераховані критерії є рівноцінними. Для прийняття рішення про завершення амбулаторно-поліклінічного лікування (припинення самоізоляції) може бути використаний будь-який з них.

11. Повторне тестування методом ПЛР з метою визначення наявності чи відсутності вірусу в організмі (припинення самоізоляції внаслідок хвороби) може проводитися не раніше ніж через 10 днів від дати появи симптомів або отримання першого позитивного результату на COVID-19 методом ПЛР.
12. Лікар, який надає медичну допомогу в амбулаторних умовах, повинен інформувати лабораторний центр МОЗ за адміністративно-територіальною належністю про результат лікування та/або припинення самоізоляції осіб, які підлягали визначенню підтвердженого випадку COVID-19, не пізніше ніж через 3 дні від дати, коли він стане відомим».

Стандарт 3. СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

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

Обов'язкові критерії якості

1. Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим з підозрою/підтвердженим COVID-19 при наявності щонайменше одного з перерахованих критеріїв:
 - 1) ЧД < 10 або > 30;
 - 2) порушення свідомості (за шкалою AVPU все, крім А);
 - 3) стані середньої тяжкості і тяжкому — ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище фізіологічної норми, кровохаркання, показник SpO₂ при вимірюванні пульсоксиметром $\leq 92\%$) при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії;
 - 4) наявність клініко-інструментальних даних ГРДС;
 - 5) наявність клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді);

- 6) наявність клініко-лабораторних даних органної/системної недостатності, окрім дихальної;
- 7) пацієнти з перебігом захворювання середньої тяжкості, які мають тяжку супутню патологію (тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність) у стадії декомпенсації.
2. При надходженні пацієнта до ЗОЗ здійснюється медичне сортування, а саме:
 - 1) раннє розпізнавання хворих на ТГРС, пов'язане з COVID-19 (додаток 12);
 - 2) оцінюється тяжкість захворювання;
 - 3) за необхідності починаються заходи медичної допомоги згідно з Протоколом.
3. Заходи щодо профілактики інфекцій та інфекційного контролю проводяться відповідно до положень, наведених у додатках 6 та 8.
4. Пацієнтам із ТГРС та ГДРС, гіпоксемією або шоком, зумовленими підтвердженою COVID-19, рання підтримуюча терапія та моніторинг надається негайно згідно з Протоколом.
5. Усі зони, де доглядають пацієнтів, хворих на COVID-19 з тяжким перебігом, слід обладнати:
 - 1) пульсоксиметрами;
 - 2) функціонуючими системами подачі кисню;
 - 3) одноразовими кисневими інтерфейсами, а саме назальними канюлями, масками для обличчя з/без резервуарного мішка.
6. Лікувально-діагностичні заходи здійснюються відповідно до Протоколу. Пацієнтам із тяжким перебігом COVID-19 забезпечується моніторинг та корекція лікувальних заходів залежно від супутніх патологічних станів.
7. Відбір зразків для лабораторної діагностики здійснюється з урахуванням клінічної картини з використанням ЗІЗ (додаток 3) та забезпечується транспортування з відповідним направленням (додаток 4) до лабораторного центру МОЗ за адміністративно-територіальною належністю.
8. У пацієнтів, хворих на COVID-19, за неефективності терапії киснем ($SpO_2 < 90\%$) проводиться оцінка щодо ГРДС і гіпоксемічної дихальної недостатності та, за необхідності, відповідне лікування згідно з Протоколом.
9. Слід проводити постійний моніторинг наявності ознак септичного стану (синдрому системної запальної відповіді) у хворих з COVID-19 та, за необхідності, здійснювати відповідне лікування згідно з Протоколом.
10. Усім пацієнтам з COVID-19 здійснюється профілактика загальних ускладнень (додаток 13).
11. Вагітні жінки з підозрою на COVID-19 госпіталізуються в пологовий стаціонар, визначений

структурним підрозділом з питань охорони здоров'я відповідної адміністративної території, незалежно від віку гестації (додаток 14). Вагітним жінкам з підозрою на COVID-19 проводиться терапія відповідно до зазначених вище стандартів з урахуванням стандартів ведення вагітності. Використання лікарських засобів поза межами інструкції до них має базуватися на аналізі ризику та користі (потенційної користі для матері та безпеки для плода) і призначатися винятково за рішенням консилиуму лікарів (лікувально-консультативної комісії) у складі щонайменше:

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

Рішення щодо рекомендації екстрених пологів та припинення вагітності розглядається зазначеним вище консилиумом лікарів та враховує такі чинники:

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

12. Етапний (послідовний) епікриз обов'язково вноситься в форму первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі — Медична карта стаціонарного хворого) кожних 5 днів перебування пацієнта у стаціонарі. Це коротко викладені результати обстеження та лікування, а також обґрунтування подальшого перебування у стаціонарі. Етапний (послідовний) епікриз також записується у разі зміни лікаря, який лікує.

Етапний (послідовний) епікриз повинен відображати:

- зміни в загальному стані хворого (суб'єктивні, об'єктивні та за даними обстеження), обов'язково показники SpO_2 , частоти дихальних рухів, частоти серцевих скорочень;
- зміни в діагнозі, якщо вони мали місце;
- додаткові вияви захворювання, ускладнення, що виникли за час перебування у стаціонарі, та обстеження з метою їх виявлення;
- доцільність подальшого лікування в стаціонарі та наявність критеріїв до госпіталізації;
- план подальшого обстеження та лікування.

13. Рішення про виписку приймає лікар, який лікує, на підставі відсутності критеріїв госпіталізації, зазначених у пункті 1 цього Стандарту, та зменшення клінічних ознак захворювання, стійкої тенденції до нормалізації лабораторних показників (гемограми, СРБ, АЛТ, АСТ, сечовини, креатиніну). Якщо у хворого, попри відсутність клініко-лабораторних ознак активного інфекційного процесу, методом ПЛР визначаються фрагменти РНК збудника (позитивний або сумнівний результат), хворий може бути виписаний додому на самоізоляцію та продовження лікування лікарем первинної медичної допомоги.
14. Пацієнти, які відповідали визначенню підтвердженого випадку COVID-19, вважаються не контагіозними:
- 1) після 10 днів лікування, якщо методом ПЛР у них не визначаються фрагменти РНК збудника (негативний результат);
 - 2) за відсутності клінічних виявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів, рахуючи з 10-го дня від дати появи симптомів без лабораторного обстеження.
- Перераховані критерії є рівноцінними. Для прийняття рішення про завершення стаціонарного лікування може бути використаний будь-який з них.
15. Не контагіозні пацієнти в разі заповнення відділення, в якому надається допомога пацієнтам, хворим на COVID-19, більше ніж на 50 % та необхідності продовження стаціонарного лікування мають бути переведені до відділень/інших ЗОЗ відповідно до нозології, яка потребує продовження стаціонарного лікування.
16. Лікар, який надає медичну допомогу в стаціонарних умовах, повинен інформувати лабораторний центр МОЗ за адміністративно-територіальною належністю про результат (вихід) захворювання осіб, які підлягали визначенню підтвердженого випадку COVID-19, не пізніше ніж через 3 дні від дати, коли він стане відомим (дата виписки/дата смерті).

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 три і більше з перерахованих таких симптомів: кашель або утруднене дихання, загальна слабкість, головний біль, міальгія, біль у горлі, риніт, зниження апетиту, блювання, діарея, зміна психічного стану), незалежно від необхідності госпіталізації, та який за 14 днів до появи симптомів відповідає принаймні одному з таких епідеміологічних критеріїв:

- проживання або робота в регіоні з високим ризиком передачі інфекції (заклади закритого типу, об'єкти тимчасового проживання, пункти тимчасового розміщення біженців тощо) протягом чотирнадцятиденного періоду до появи симптомів;
- робота в закладах охорони здоров'я чи надання медичної допомоги вдома пацієнту(ам) з COVID-19 у будь-який момент протягом чотирнадцяти днів до появи симптомів;
- відвідував або проживав у країні/регіоні з місцевою передачею вірусу в громаді відповідно до ситуаційних звітів ВООЗ протягом чотирнадцятиденного періоду до появи симптомів

* Додатки 3-4, 6, 7, 14 можна знайти на сайті <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17092020--2122pro-venesenja-zmin-do-standartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>

або

- пацієнт з тяжким гострим респіраторним захворюванням (гостра респіраторна інфекція з температурою тіла $\geq 38^\circ\text{C}$ та хоча б один з таких симптомів: кашель протягом десяти днів від початку захворювання 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:

- пацієнт, який був у контакті з особою з лабораторно підтвердженим захворюванням COVID-19 або епідеміологічно пов'язаний з випадками інфекції, серед яких був виявлений хоча б один підтверджений випадок;
- при наявності результатів обстежень грудної клітки, які вказують на COVID-19:
 - рентгенографія грудної клітки: ділянки затемнення частіше округлої форми з розповсюдженням по периферії та нижніх частках легень;
 - комп'ютерна томографія грудної клітки: множинні двобічні ділянки затемнення по типу матового скельця, частіше округлої форми з розповсюдженням по периферії та нижніх частках легень;
 - ультразвукове дослідження легень: потовщення плевральної лінії, В-лінії (мультифокальні, окремі або зливні), консолідація легеневої тканини з симптомом повітряної бронхограми або без нього;
 - пацієнт із симптомами аносмії або агевзії при відсутності інших причин, які повністю пояснюють клінічну картину;
 - дорослі пацієнти з респіраторним дистрес-синдромом з наступним летальним кінцем при відсутності інших виявлених причин та які були в контакті з особою з підтвердженим випадком.

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

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

Виявлення та моніторинг контактних осіб

Виявлення та моніторинг контактних осіб ймовірних та підтверджених випадків проводиться з метою уповільнення передачі захворювання, попередження спалахів і зниження темпів поширення хвороби.

Контакт визначається як: особа, яка протягом двох діб до та чотирнадцять діб після появи симптомів у пацієнта з ймовірним або підтвердженим випадком:

- мала прямий фізичний контакт з ймовірним або підтвердженим випадком COVID-19;
- мала незахищений контакт (без використання ЗІЗ) зі слизовими виділеннями з дихальних шляхів хворого на COVID-19 (наприклад, перебування в зоні пацієнта під час кашлю чи доторкування руками до використаних серветок);
- контактувала з пацієнтом(ами), хворим(и) на COVID-19, на відстані до одного метра протягом 15 хв і більше, за умови НЕ використання відповідних ЗІЗ або з підозрою щодо неправильного їх використання (наприклад, порушення цілісності клапана респіратора);
- перебувала у закритому приміщенні (наприклад, аудиторія, кімната для засідань, зал очікування закладу охорони здоров'я) із хворим на COVID-19 протягом 15 хв і більше на відстані менше одного метра;
- інші випадки, які при ситуаційному аналізі мають ризики щодо інфікування COVID-19 (наприклад, проживання в одному домогосподарстві з ймовірним або підтвердженим випадком COVID-19, контакти в закритих закладах чи закладах з високим ризиком інфікування (заклади санаторного типу, будинки догляду з тривалим проживанням, дитячі будинки, хостели, пункти для тимчасового проживання біженців, соціальні заклади з тимчасовим проживанням, заклади пенітенціарної служби, громадський транспорт, інші місця та ситуації зі скупченням людей (робочі майстерні, офіси, приватні соціальні події тощо).

Встановлення контактних осіб:

- первинна інформація про контактних осіб збирається медичним працівником, що виявив особу з підозрою на COVID-19, та вноситься до додаткових відомостей у формі 058/о, яка передається до лабораторного центру МОЗ України за адміністративно-територіальною приналежністю (далі – ЛЦ);
- лабораторними центрами МОЗ України визначається відповідальна особа або група осіб за роботою з контактними особами;
- відповідальні особи ЛЦ після отримання інформації щодо лабораторного підтвердження випадків COVID-19 верифікують інформацію із первинного екстреного повідомлення за формою 058/о щодо переліку контактних осіб та проводять встановлення додаткових контактних осіб з використанням засобів телефонного зв'язку. Інформація щодо кожного із верифікованих контактів вноситься до відповідного розділу електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ) за кожним підтвердженим випадком.

Моніторинг та спостереження за контактними особами:

- моніторинг та спостереження за контактними особами встановлюється на період 14 днів від останнього контакту із підтвердженим або ймовірним випадком;
- контактні особи підлягають самоізоляції на 14 днів від останнього контакту із підтвердженим або ймовірним випадком та завершують самоізоляцію без додаткових лабораторних досліджень;
- контактні особи можуть припинити самоізоляцію при отриманні негативного результату тестування на SARS-CoV-2 методом ПЛР, відібраного не раніше 8-го дня останнього контакту з пацієнтом, хворим на COVID-19;
- для моніторингу самоізоляції використовується електронний сервіс «Вдома» Єдиного державного вебпорталу електронних послуг;
- контактні особи ймовірних або підтверджених випадків COVID-19 підлягають моніторингу стану здоров'я;
- моніторинг стану здоров'я контактних осіб може здійснюватися структурними підрозділами закладів охорони здоров'я через побутові візити чи онлайн або телефоном з метою перевірки наявності симптомів;
- будь-яка контактна особа, яка захворіла і відповідає визначенню випадку COVID-19, стає підозрюваною і повинна бути протестована.

Контактні особи із слабо вираженою симптоматикою COVID-19:

- сімейний лікар направляє на проходження лабораторного обстеження методом ПЛР на COVID-19;
- у разі отримання позитивного результату тесту на COVID-19 або в разі не проходження тестування пацієнт має самоізолюватись мінімум на 13 днів від дня появи симптомів;
- пацієнт повинен суворо дотримуватися респіраторної гігієни і етикету кашлю (зокрема щодо носіння медичної (хірургічної) маски), гігієни рук та фізичного дистанціювання у випадках, коли самоізоляція неможлива;
- пацієнт має уникати спілкування і будь-яких контактів із особами із групи ризику розвитку тяжких ускладнень у випадках, коли самоізоляція неможлива.

Контактні особи з групи ризику розвитку тяжких ускладнень підлягають обов'язковому лабораторному обстеженню методом ПЛР на COVID-19, якщо вони перебували у контакті з пацієнтом із слабо вираженою симптоматикою COVID-19, незалежно від отриманого результату лабораторного обстеження, зокрема якщо тест не було проведено.

У разі отримання позитивного результату лабораторного обстеження методом ПЛР на COVID-19 та відсутності необхідності в стаціонарному лікуванні повторне тестування не проводиться (пацієнт має самоізолюватись на 13 днів від дня появи симптомів).

Контактна особа, яка перебувала в тісному контакті (в межах одного метра) з особою з лабораторно підтвердженим випадком інфікування COVID-19 протягом 15 і більше хвилин, але симптоми коронавірусної інфекції (COVID-19) відсутні:

- лабораторне обстеження методом ПЛР на COVID-19 призначається винятково особам, які входять до групи ризику розвитку тяжких ускладнень;
- негативний тест лабораторного обстеження методом ПЛР не означає, що в особи пізніше не розвинеться інфекційний процес і йому не потрібно продовжувати перебувати в самоізоляції;
- якщо у пацієнта з'явилися симптоми коронавірусної хвороби (COVID-19), слід діяти відповідно до положень, зазначених вище.

Контактна особа не має симптомів COVID-19 і не перебувала в тісному контакті з пацієнтом з лабораторно підтвердженим COVID-19:

- лабораторне обстеження методом ПЛР на COVID-19 не проводиться (негативний тест не означає, що в особи згодом не розвинеться інфекційний процес);
- у разі якщо особа за власною ініціативою лабораторно обстежується методом ПЛР на COVID-19, вона має самоізолюватись до того часу, поки не стануть відомими результати тестування, і звернутись до сімейного лікаря. Дана вимога не стосується скринінгових і спостережних тестів, які визначені в цих Стандартах.

Контактна особа не має симптомів COVID-19 з адміністративної території з «червоним» рівнем епідемічної небезпеки відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 року № 641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території зі значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» (зі змінами), яка відвідала публічне або приватне зібрання, де були присутні понад 10 осіб, які не були одягнені в захисні маски та не дотримувалися фізичного дистанціювання:

- тест на визначення антигену SARS-CoV-2 або лабораторне обстеження методом ПЛР призначається винятково особам, які входять до групи ризику розвитку тяжких ускладнень;
- негативний тест лабораторного обстеження методом ПЛР не означає, що у пацієнта пізніше не розвинеться інфекційний процес;
- особа має звернутися до сімейного лікаря для встановлення медичного спостереження; якщо в особи з'явилися симптоми COVID-19, слід діяти відповідно до положень, зазначених вище; у разі якщо особа в приватному порядку (за власною ініціативою) лабораторно обстежується методом ПЛР на COVID-19, вона має самоізолюватись до того часу, поки не стануть відомими результати тестування.

Додаток 8
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю 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 такі етапи:

- 1) раннє виявлення та контроль за джерелом інфекції;
- 2) застосування стандартних заходів захисту до всіх пацієнтів;
- 3) впровадження заходів, що направлені на запобігання інфікування (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 місцях найчастішого візуального контакту 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 захисту для всіх пацієнтів

Стандартні заходи захисту включають гігієну рук, етикет кашлю і респіраторну гігієну; використання засобів індивідуального захисту (далі – ЗІЗ) залежно від ризику; запобігання травмуванню голкою або гострими предметами; безпечне поводження з відходами; дезінфекцію та стерилізацію обладнання; використання безпечної білизни.

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 мийними 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 інфікування

1. Контактні та крапельні заходи захисту.

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

- пацієнтів із підозрою на COVID-19 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 підтвердженим 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 передавання інфекційного агента;
- використовувати медичну маску;
- використовувати захист для очей/обличчя (окуляри або захисний щиток);
- використовувати халат захисний від інфекційних агентів;
- використовувати рукавички;
- використовувати індивідуальне спеціальне обладнання (наприклад, стетоскопи, манжети артеріального тиску та термометри) або якщо передбачається використовувати таке медичне обладнання для кількох 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 цьому розділі, та суворо дотримуються гігієни рук;
- до прибуття пацієнта слід сповістити приймаючий медичний пункт щодо необхідності вжиття необхідних заходів захисту 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 захисту 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 волоссяний покрив на обличчі (борода), респіратор не може забезпечити належний рівень захисту;
- використовувати захист для очей (окуляри або захисний щиток);
- використовувати халат захисний від інфекційних агентів 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 у кімнаті, до абсолютного мінімуму, необхідного для проведення процедури та підтримки пацієнта.

3. Адміністративний контроль.

Адміністративний контроль включає такі аспекти діяльності:

- створення стійких інфраструктур та заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- 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 урахуванням 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. Ці 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 захисту, направлені на запобігання інфікування (контактні та крапельні), мають тривати до тих пір, поки у пацієнта будуть виявлятися симптоми або 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 захисту з метою мінімізації можливості інфікування.

Необхідно переконатися в тому, що медичні працівники, які відбирають зразки, використовують відповідні ЗІЗ (захисні окуляри/щиток, медична маска, халат захисний від інфекційних агентів, рукавички). Якщо зразок відбирають під час аерозольгенеруючої процедури, персонал повинен надягати протиаерозольний респіратор класу захисту не нижче FFP2 замість медичної маски.

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

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

Додаток 9
до Стандартів медичної допомоги
«Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

Очищення та дезінфекція поверхонь у закладах охорони здоров'я при наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)

Інфікування SARS-CoV-2 відбувається контактним та крапельним шляхами, поширення вірусу повітряним шляхом можливе при виконанні аерозольгенеруючих процедур. При реалізації контактного шляху факторами передачі виступають контаміновані поверхні навколишнього середовища. Ці рекомендації направлені на зменшення ролі фомітів у 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 у 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 їхню кількість на забрудненій поверхні. Очищення проводиться водою з милом або нейтральними мийними 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) ділянок та від вищих рівнів до нижчих. Підлогу необхідно очищати в останню чергу. На початку кожного прибирання необхідно використовувати чисті ганчірки та серветки та стежити, 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 при-

биранням. Відра після використання слід помити з мийним 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 кількох 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 ЗОЗ 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 ЗОЗ, 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 такі засоби для дезінфекції, які також є ефективними проти інших збудників, що мають вагоме значення в умовах ЗОЗ:

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

Для цих дезінфікуючих засобів рекомендовано дотримуватись часу експозиції не менше однієї хвилини або відповідно до рекомендацій виробника. Інші дезінфікуючі засоби можуть застосовуватись, якщо виробник зазначає їхню ефективність для цільової групи мікроорганізмів (у випадку зі 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 *C. auris* чи *C. 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 ЗОЗ. Але у разі, 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 хлорвісних дезінфекційних засобів слід зберігати в непрозорих ємностях у добре провітрованому 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 накриті 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, у 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 їхні відбиваючі властивості.

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

Таблиця. Рекомендована частота очищення поверхонь всередині приміщень у ЗОЗ відповідно до зон перебування пацієнтів із підозрою або підтвердженим захворюванням на COVID-19

Тип приміщення	Частота ¹	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 такій 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, зокрема 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 такій послідовності: поверхні, до яких часто торкаються, включаючи дверні ручки, вимикачі світла, крани; раковини; туалети; підлога. Уникайте спільного використання туалету персоналом та пацієнтами

Примітка. 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.

Організація очищення та дезінфекції

Очищення та дезінфекція поверхонь у лікувальних закладах має відбуватись 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 у 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.

Безпечне використання дезінфекційних засобів

При підготовці, розведенні та застосуванні дезінфекційних засобів слід виконувати рекомендації виробника щодо безпечного застосування засобу та враховувати, що не можна 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 зумовлено їхньою 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 у 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 вірусу, мати може продовжувати годувати грудьми; водночас вона повинна носити медичну (хірургічну) маску, коли перебуває 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 покриває рот і ніс, коли перебуває 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 винятково одноразові маски та проводити гігієну рук після їхнього 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 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 мийний засіб та воду).
10. Слід уникати прямого незахищеного контакту з біологічними рідинами хворого – використовуйте одноразові медичні рукавички (бажано нітрилові) для проведення догляду за ротовою порожниною та при поводженні з фізіологічними випорожненнями і медичними відходами. До та після зняття медичних рукавичок слід провести практику гігієни рук.
11. Рукавички, тканини, маски та інші відходи, які утворилися внаслідок догляду за хворим, слід розміщувати в окремому контейнері (поліетиленовому пакеті) в тому ж приміщенні, в якому перебуває хворий, до їхньої 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 мийним засобом та водою і використовувати повторно (викидати/утилізувати посуд не слід).
13. Необхідно щодня очищати і дезінфікувати поверхні в найближчому оточенні хворого (наприклад, приліжкові тумбочки), звичайним побутовим мийно-дезінфікуючим засобом.
14. Слід очищати і дезінфікувати поверхні ванної та туалету щонайменше один раз на день звичайним побутовим мийно-дезінфікуючим засобом.
15. Прати одяг, постільну білизну, рушники для ванни та рук хворих необхідно використовуючи звичайне мило та воду. Для машинного прання рекомендовано встановлювати температурні режими 60–90°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.

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 їхнього 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.

Клінічні синдроми, пов'язані з COVID-19

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

Патологічний стан	Характеристика
ГРДС	<ul style="list-style-type: none"> • тяжкий ГРДС: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100$ мм рт. ст. (з $\text{PEEP} \geq 5$ см H_2O, або не вентильований); • якщо PaO_2 недоступний, використовується $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$, при $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ підозрюється ГРДС (у тому числі у не вентильованих пацієнтів). <p>Насичення крові киснем у дітей (зверніть увагу OI — індекс оксигенації та OSI — індекс оксигенації за допомогою SpO_2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • дворівнева НІВ або $\text{CPAP} \geq 5$ см H_2O через повну маску для обличчя: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ мм. рт. ст. або $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$; • легкий ГРДС (інвазивна вентиляція): $4 \leq \text{OI} < 8$ або $5 \leq \text{OSI} < 7,5$; • помірний ГРДС (інвазивна вентиляція): $8 \leq \text{OI} < 16$ або $7,5 \leq \text{OSI} < 12,3$
Сепсис	<p>Дорослі: небезпечна для життя дисфункція органів, спричинена порушенням імунної відповіді пацієнта на підозрювану або доведену інфекцію, що супроводжується поліорганною недостатністю. Ознаками дисфункції органів є:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) змінений психічний стан; 2) утруднене або часте дихання, низьке насичення киснем крові; 3) зниження діурезу; 4) тахікардія, слабкий пульс, холодні кінцівки або артеріальна гіпотензія; 5) зміна кольору шкіри; 6) лабораторні докази коагулопатії, тромбоцитопенії, ацидозу, високий лактат або гіпербілірубінемія. <p>Діти: підозрювана або доведена інфекція та ≥ 2 критерії SIRS, з яких має бути аномальна температура або кількість лейкоцитів</p>
Септичний шок	<p>Дорослі: зберігається гіпотонія, незважаючи на об'ємну ресусcitaцію, потреба у вазопресорах для підтримки $\text{SerAT} \geq 65$ мм. рт. ст. та рівень лактату в сироватці крові > 2 ммоль/л.</p> <p>Діти: будь-яка гіпотензія (систоличний 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 ($\text{ЧСС} < 90$ уд/хв або > 160 уд/хв у немовлят та $\text{ЧСС} < 70$ уд/хв або > 150 уд/хв у дітей); 3) тривале капілярне наповнення (> 2 сек); 4) тахішное; 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 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$;
- 2) система зсідання — 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.

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

Передбачуваний результат 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 зі 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 провентилюється, змініть контур, якщо він забруднений або пошкоджений. Міняйте тепловологообмінник, коли він несправний, при забрудненні або кожних 5–7 днів
Зменшення частоти виникнення пролежнів	Перевертайте пацієнта кожні три–чотири години
Зменшити частоту стресових виразок та шлунково-кишкових кровотеч	Раннє ентеральне харчування (протягом 24–48 год після поступлення). Застосовують блокатори рецепторів гістаміну-2 або інгібітори протонної помпи пацієнтам із факторами ризику розвитку кровотеч зі ШКТ. Факторами ризику шлунково-кишкової кровотечі є коагулопатія, замісна терапія нирок, захворювання печінки
Зменшення гіподинамії	Активно мобілізуйте пацієнта на початку хвороби, коли це безпечно