

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від 25.02.2020 № 552

КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019 (COVID-19)

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2020

Загальна частина

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

Розробники:

Безродна Олександра Вікторівна	к.мед. наук, доцент кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Голубовська Ольга Анатоліївна	д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Дубров Сергій Олександрович	д.мед.н., професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Ліщишина Олена Михайлівна	к.мед.н., старший науковий співробітник, начальник відділу стандартизації медичної допомоги департаменту оцінки медичних технологій державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Чабан Тетяна Володимирівна	д.мед.н., проф., завідувач кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету
Шкурба Андрій Вікторович	д.мед. н., професор, професор кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Рецензенти:

Георгіянц Маріне Акопівна д.мед.н., професор, проректор з наукової
роботи Харківської медичної академії післядипломної освіти

Матюха Лариса Федорівна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри
сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної
медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Дата оновлення – березень 2023 року.

Список скорочень

COVID-19	скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2
CPAP	постійний позитивний тиск у дихальних шляхах
FiO ₂	фракція вдихуваного кисню
OI	індекс оксигенації
OSI	індекс оксигенації за допомогою SpO ₂
PaO ₂	парціальний тиск кисню
PEEP	плато-тиск
SARS-CoV-2	запропонована WHO назва нового коронавірусу
SD	стандартне відхилення
SIRS	синдром системної запальної відповіді
SpO ₂	насичення киснем
AT	артеріальний тиск
БАЛ	бронхоальвеолярний лаваж
ГДРС	гострий респіраторний дистрес синдром
ГРІ	гостра респіраторна інфекція
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту
ЗКІ	захист та контроль інфекції
НІВ	неінвазивна вентиляція
НКВП	носовий кисень з високим потоком
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
сАТ	систоличний артеріальний тиск
СерАТ	середній артеріальний тиск
ТГРІ	тяжка гостра респіраторна інфекція
ШВЛ	штучна вентиляція легені

Стандарт 1. Організація моніторингу та заходи в осередку інфікування SARS-CoV-2

Обґрунтування. У зв'язку з обмеженими знаннями про COVID-19 швидке виявлення нових випадків, реєстрація та моніторинг випадків інфікування та захворювання, розслідування контактів є надзвичайно важливими. Епідеміологічна інформація необхідна для управління заходами реагування та інформування ВООЗ.

Обов'язкові критерії якості

1. Лікар, який виявив у хворого COVID-19, реєструє випадок за формою первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 червня 2006 р. за № 686/12560 та здійснює інформування керівництва закладу охорони здоров'я для організації подальшого клінічного спостереження, своєчасної медичної допомоги та протиепідемічних заходів індивідуального рівня і на рівні громади.

2. Здійснюється розслідування контактів та подальший контроль осіб, які мали контакт з хворими на COVID-19 (додатки 1, 2).

3. Усі медичні працівники, які безпосередньо надають медичну допомогу, контактують з біологічними матеріалами пацієнтів, інфікованих SARS-CoV-2, застосовують засоби індивідуального захисту від інфекційного захворювання (додаток 3).

4. Моніторинг стану здоров'я медичних працівників, які безпосередньо надають медичну допомогу пацієнтам, інфікованим SARS-CoV-2, контактують з біологічними зразками та матеріалами пацієнтів, інфікованих SARS-CoV-2 здійснюється протягом 14 днів після останнього контакту, і включає вимірювання температури, оцінку скарг та фізикальне обстеження, серологічне та лабораторне тестування.

5. Медичні працівники, які зазначені у пункті 3 Стандарту 1, визнаються контактними щодо інфікування SARS-CoV-2 та підпадають до дії пункту 2. Стандарту 1.

6. Особи, підозрювані щодо інфікування SARS-CoV-2, перевіряються шляхом лабораторного тестування. Виходячи з клінічної необхідності, тестування може бути застосоване для групи гострих респіраторних захворювань серед медичних працівників, які працюють в осередку інфікування.

7. Зразки матеріалу для лабораторного тестування на SARS-CoV-2 збираються з нижніх дихальних шляхів (такі як мокротиння, ендотрахеальний аспірат або бронхоальвеолярний лаваж (далі - БАЛ)). Якщо у пацієнтів немає симптомів захворювання нижніх дихальних шляхів або є клінічні ознаки цього, але збір матеріалу з нижніх дихальних шляхів неможливий, слід збирати зразки верхніх дихальних шляхів (носоглотковий аспірат або комбіновані назофарингеальні та орофарингеальні тампони).

8. Якщо результати початкового тестування є негативними у пацієнта, який є підозрюваним на COVID-19, у такого пацієнта повторно збираються зразки з різних ділянок дихальних шляхів (ніс, мокротиння, ендотрахеальний аспірат), можуть також бути зібрані такі зразки, як кров, сеча та випорожнення, щоб контролювати наявність/виділення вірусу SARS-CoV-2.

Стандарт 2. Амбулаторна медична допомога для пацієнтів із підозрою на COVID-19, що має легку форму захворювання та ведення контактних осіб

Обґрунтування. Пацієнтам з підозрою на COVID-19, з легкою формою захворювання, включаючи ситуації, коли стаціонарна допомога недоступна, або у випадку інформованої відмови від госпіталізації можуть знадобитися амбулаторні умови для надання медичної допомоги.

Якщо існує важлива причина, пацієнтів із легкою формою захворювання та без серйозних хронічних захворювань, таких як хвороби легенів чи серця, ниркова недостатність або імуноскомпроментовані стани – первинними та вторинними імунодефіцитами, хворих з алергологічною патологією, автоімунною патологією, які зумовлюють підвищений ризик розвитку ускладнень, можна лікувати в домашніх умовах. Така допомога в домашніх умовах застосовується і до одужуючих пацієнтів, які вже не потребують госпіталізації.

Обов'язкові критерії якості

1. Рішення стосовно медичної допомоги в домашніх умовах приймається після оцінки безпеки домашнього середовища пацієнта та ретельної клінічної оцінки стану пацієнта. Легкими симптомами вважаються невисока гарячка до 38°C, кашель, нездужання, ринорея, біль у горлі без будь-яких серйозних симптомів (таких як задишка або утруднене дихання, посилення дихання, наявність мокротиння або кровохаркання), шлунково-кишкові симптоми (такі як нудота, блювання та/або діарея) і без змін психічного стану (тобто без сплутаності свідомості, млявості). Обґрунтування рішення про амбулаторне лікування вноситься в медичну документацію пацієнта.

2. Закладом охорони здоров'я, який відповідає за організацію медичної допомоги в регіоні, встановлюється зв'язок із лікарем закладу охорони здоров'я, який надає медичну допомогу вдома до повного одужання пацієнта.

3. Медичний персонал бере участь у контролі поточного стану здоров'я пацієнта та контактних осіб шляхом регулярних (наприклад, щоденних) відвідувань, проводячи діагностичні тести, якщо це необхідно. У разі

неможливості відвідувань – контроль поточного стану здоров'я здійснюється у телефонному режимі.

4. Пацієнти та спільно проживаючі особи інформуються: про особисту гігієну, основні заходи профілактики хвороби, як максимально безпечно доглядати за підозрюваним інфікованим членом сім'ї та запобігати поширенню хвороби при побутових контактах.

Пацієнту та членам сім'ї надається постійна підтримка та проводиться моніторинг стану здоров'я. Перевіряється дотримання ними наданих рекомендацій з розміщення та догляду за пацієнтом з COVID-19 (додаток 4).

5. Медичні працівники, які надають медичну допомогу в домашніх умовах, самостійно здійснюють оцінку ризику для вибору та застосування відповідного засобу індивідуального захисту (ЗІЗ).

6. Ведення контактних осіб включає моніторинг стану здоров'я протягом 14 днів з останнього дня можливого контакту.

7. Особам (у тому числі медичним працівникам), які, можливо, контактували з особами, які підозрюються на наявність COVID-19:

1) забезпечується сталий зв'язок із медичним працівником протягом періоду спостереження;

2) призначається опитування щодо поточного стану здоров'я шляхом регулярних (наприклад, щоденних) відвідувань, проводячи діагностичні тести, якщо це необхідно. У разі неможливості відвідувань – контроль поточного стану здоров'я здійснюється у телефонному режимі;

3) надається інформація, куди звертатися за допомогою, якщо стан здоров'я контактної особи погіршується, та яких заходів безпеки слід дотримуватись, а також стосовно найбільш відповідного способу транспортування, визначеного часу та місця входу до призначеного закладу охорони здоров'я (додаток 5).

Стандарт 3. Клінічне лікування тяжкої гострої респіраторної інфекції за підозри на COVID-19

Обґрунтування. З огляду на обмежені в теперішній час знання про COVID-19, та шляхи її передачі, ВООЗ рекомендує виділяти підозрювані випадки інфікування SARS-CoV-2 та контролювати їх у стаціонарних умовах. Це дозволить забезпечити як безпеку, так і якість медичної допомоги (на випадок погіршення симптомів пацієнтів) та безпеку громадського здоров'я.

При підозрі на COVID-19 госпіталізації потребують дорослі та діти з тяжкою гострою респіраторною інфекцією (далі-ТГРІ).

Обов'язкові критерії якості

1. При надходженні пацієнта до закладу охорони здоров'я здійснюється сортування, а саме: раннє розпізнавання хворих на ТГРІ, пов'язане з COVID-19 (додаток 6), оцінюється тяжкість захворювання та за необхідності починаються заходи медичної допомоги (додаток 7).

2. Стандартні заходи безпеки включають гігієну рук; використання ЗІЗ для уникнення прямого контакту з кров'ю, біологічними рідинами організму, виділеннями (включаючи дихальні секрети) та неушкодженою шкірою, запобігання травмуванню голкою або гострими предметами; безпечне поводження з відходами; очищення та дезінфекція обладнання (додаток 8).

3. Пацієнтам із ТГРІ та гострим респіраторним дистрес синдромом (далі – ГДРС), гіпоксемією або шоком рання підтримуюча терапія та моніторинг надається негайно (додаток 9). Усі зони, де доглядають хворих на ТГРІ, обладнані пульсоксиметрами, функціонуючими кисневими системами та одноразовими кисневими інтерфейсами (назальними канюлями, простими масками для обличчя та масками з резервуарним мішком).

4. Пацієнтам із ТГРІ забезпечується моніторинг та корекція лікувальних заходів залежно від супутніх патологічних станів, цінностей та вподобань пацієнта щодо втручання з забезпечення життєздатності шляхом активного спілкування з пацієнтами та сім'ями, надається підтримка та прогностична інформація.

5. Збір зразків для лабораторної діагностики здійснюється з урахуванням клінічної картини з використанням ЗІЗ (додаток 10).

6. У хворих на COVID-19 за неефективності терапії киснем ($SpO_2 \leq 90\%$) проводиться оцінка щодо ГРДС та гіпоксемічної дихальної недостатності та, за необхідності, відповідне лікування (додаток 11).

7. Ознаки септичного шоку у хворих з COVID-19 вчасно виявляються та, за необхідності, здійснюється відповідне лікування (додаток 12).

8. Всім лежачим пацієнтам з тяжким перебігом хвороби здійснюється профілактика загальних ускладнень (додаток 13).

9. Вагітним жінкам із підозрою або підтвердженою COVID-19 проводиться терапія, як описано в критерії 3, з урахуванням стандартів ведення вагітності. Використання досліджуваних терапевтичних препаратів поза межами клінічного дослідження розглядається на основі індивідуального аналізу ризику та користі на основі потенційної користі для матері та безпеки для плода за консультацією досвідчених акушерів та за рішенням консилиуму. Рішення щодо екстрених пологів та припинення вагітності розглядається та ґрунтується на багатьох чинниках: вік гестації, стан матері та стабільність плоду після мультидисциплінарних консультацій з акушерами, неонатологами та фахівцями з інтенсивної терапії.

10. Здійснюється пошук методів лікування та проводяться клінічні дослідження COVID-19. В зв'язку з відсутністю специфічного лікування пацієнтам із підозрою або підтвердженою COVID-19 застосовуються неліцензовані методи втручань, зокрема лікування поза інструкцією, за рішенням консилиуму.

Перелік літературних джерел

1. Глобальний нагляд за зараженням людини новим коронавірусом (2019-nCoV) Попереднє керівництво v3 31 січня 2020 року WHO / 2019-nCoV / SurveillanceGuidance / 2020.3 Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance v3 31 January 2020, [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Технічне керівництво новим коронавірусом (2019-nCoV): ранні дослідження Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance: Early investigations <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
3. Медична допомога вдома для пацієнтів із підозрою на нову коронавірусну (nCoV) інфекцію, що проявляється з легкими симптомами, та управління контактами Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts Interim guidance 20 January 2020 [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
4. Клінічне ведення важкої гострої респіраторної інфекції при підозрі на нову коронавірусну (2019-nCoV) інфекцію Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim guidance 28 January 2020 [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
5. Новий коронавірус (2019-nCoV) в.2 Пакети товарів для операційної підтримки та логістики Novel Coronavirus (2019-nCoV) v2 Operational Support & Logistics Disease Commodity Packages https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/dcp--ncov.pdf?sfvrsn=f5fe6234_6&download=true
6. Наказ МОЗ України від 10.01.2006 № 1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення» (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.01.2013 № 56), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 8.06.2006 за № 686/12560.
7. Наказ МОЗ України від 17.05.2019 № 1126 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 червня 2019 р. за № 595/33566.

8. Наказ МОЗ України від 24.01.2020 № 185 «Про заходи щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань спричинених новим коронавірусом, виявленим у місті Ухань (провінція Хубей, Китай)» у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 лютого 2020 року № 292.

Додаток 1
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Визначення контакту

Контактний/а - це особа, яка відповідає будь-якому з наступних критеріїв:

- надання прямої медичної допомоги пацієнтам з COVID-19, робота з медичними працівниками, зараженими SARS-CoV-2, відвідування пацієнтів або перебування в одному приміщенні (в тому ж тісному середовищі) з пацієнтом з COVID-19;
- спільна робота або навчання в безпосередній близькості з пацієнтом з COVID-19;
- поїздка разом із пацієнтом COVID-19 в будь-якому транспорті;
- проживання в одному домогосподарстві з хворим на COVID-19 протягом 14 днів після виникнення симптомів у пацієнта.

Додаток 2
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Моніторинг контактів хворого на COVID-19

1. Моніторинг контактів вірогідних та підтверджених випадків:
контактних осіб слід контролювати протягом 14 днів від останнього незахищеного контакту.
контактним особам рекомендується обмежувати подорожі та пересування.
2. Моніторинг органами та структурними підрозділами закладів охорони здоров'я може здійснюватися через побутові чи он-лайн візити або телефоном, щоб перевірити наявність симптомів.
3. Будь-яка контактна особа, яка захворіла і відповідає визначенню випадка COVID-19, стає підозрюваною на наявність SARS-CoV-2 і повинна бути перевірена.
4. Контактні особи будь-яких нещодавно виявлених ймовірних або підтверджених випадків COVID-19 мають бути встановлені та підлягають моніторингу стану здоров'я.

Додаток 3

до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Засоби індивідуального захисту**1. Рукавички для огляду**

Рукавички для огляду, з нітрилу, без порошку, нестерильні. Довжина манжети переважно досягає середини передпліччя (наприклад, загальна довжина не менше 280 мм. Розміри S, M, L.

Рукавички повинні мати довгі манжети, що сягають значно вище зап'ястя, в ідеалі до середини передпліччя.

2. Щиток для лиця

Зроблений з прозорого пластику і забезпечує хорошу видимість як для користувача, так і для пацієнта, стійкий до запотівання (бажано), повністю покриває сторони і довжину обличчя, багато- (виготовлені з міцного матеріалу, які можна очистити та дезінфікувати) або одноразові.

3. Окуляри захисні

Добре прилягають до шкіри обличчя, гнучка рамка з ПВХ, яка легко вписується в контури обличчя рівномірним тиском, закриває очі та навколишні ділянки, вміщує окуляри для корекції зору, прозору пластикову лінзу із захистом подряпин, непряма вентиляція для уникнення запотівання, багато- (з можливістю знезараження) або одноразові.

4. Маска хірургічна

Медична/хірургічна маска, з високою стійкістю до рідини, достатньою повітропроникністю, внутрішні та зовнішні поверхні повинні бути чітко визначені, структурована конструкція, яка не змінює форми при використанні.

5. Халат

Одноразового використання, стійкий до рідини, довжиною до середини литки, щоб покрити верх черевиків, світлих кольорів, бажано для кращого виявлення можливих забруднень, з петелями для пальця / пальців або еластичною манжетою для закріплення рукавів.

Додаток 4
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

**Рекомендації та застереження з розміщення
та догляду за пацієнтом з COVID-19 в домашніх умовах**

1. Розмістіть пацієнта у добре провітрюваному приміщенні.
2. Обмежте кількість доглядачів пацієнта, в ідеалі призначте одну людину не з категорії ризику. Відвідування забороняються.
3. Члени домогосподарств повинні перебувати в іншій кімнаті або, якщо це неможливо, підтримувати відстань не менше 1 м від хворої людини (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 мати повинна носити медичну маску, коли вона знаходиться поруч з дитиною, і дотримуватися ретельної гігієни рук перед тісним контактом з дитиною, їй потрібно також застосувати інші гігієнічні заходи, описані в цьому документі.
4. Обмежте рух пацієнта та мінімізуйте загальний простір. Переконайтесь, що загальні приміщення (наприклад, кухня, ванна кімната) добре провітрюються (наприклад, тримайте вікна відкритими).
5. Доглядач повинен носити медичну маску, що щільно прилягає до обличчя, коли знаходиться в одній кімнаті з хворою людиною. Під час використання маски її не слід чіпати. Якщо маска намокне або забрудниться виділеннями, її потрібно негайно змінити. Застосовуйте одноразові маски та виконайте гігієнічну обробку рук після зняття маски.
6. Проводьте гігієнічну обробку рук після будь-яких контактів із хворим або їх найближчим оточенням. Гігієну рук також слід застосовувати до і після приготування їжі, перед їжею, після туалету та кожного разу, коли руки виглядають брудними. Якщо на руках відсутнє помітне забруднення, можна застосовувати витирання рук засобом на основі спирту. Застосовуйте гігієну рук, використовуючи мило та воду, коли руки помітно забруднені. Вирішіть проблеми безпеки (наприклад, випадковий прийом всередину та можливість пожежі) перед тим, як рекомендувати засоби для обробки рук на основі алкоголю для побутового використання.
7. Під час використання мила та води бажано використовувати одноразові паперові рушники для рук. Якщо немає, використовуйте окремі рушники з тканини та замініть їх, коли вони стануть вологими.
8. Обов'язково дотримуйтесь гігієни дихання як доглядачів, так і особливо хворих. Прикривайте рот і ніс під час кашлю або чхання за допомогою медичних масок, тканинних масок, тканин або згинання ліктя з подальшою гігієнічною обробкою рук.

9. Відмовтеся від багаторазового використання матеріалів для гігієни рота або носа або відповідним чином очищуйте їх після використання (наприклад, прання хусток, використовуючи звичайне мило або миючий засіб та воду).

10. Уникайте прямого контакту з біологічними рідинами організму, зокрема пероральними або дихальними виділеннями та випорожненнями пацієнта. Використовуйте одноразові рукавички для надання догляду за ротовою порожниною або диханням та при поводженні з випорожненнями, сечею та відходами. Виконуйте гігієнічну обробку рук до і після зняття рукавичок.

11. Рукавички, тканини, маски та інші відходи хворих осіб або доглядальників за хворими, слід розміщувати в окремому контейнері в приміщенні, де знаходиться хвора людина, до вивезення цих відходів.

12. Уникайте інших видів можливого потрапляння виділень хворих або забруднених предметів у безпосереднє оточення здорових (наприклад, уникайте обміну зубними щітками, цигарками, спільного використання посуду, напоїв, рушників, мочалок або постільної білизни). Посуд після використання слід мити з милом або миючим засобом та водою та використовувати повторно, а не викидати.

13. Щодня чистіть та дезінфікуйте поверхні, такі як тумбочки, покривала та інші меблі для спальні звичайним побутовим дезінфікуючим засобом.

14. Очищайте та дезінфікуйте поверхні ванної та туалету принаймні один раз на день звичайними побутовими дезінфікуючими засобами.

15. Прати одяг, постільну білизну, рушники для ванни та рук тощо хворих людей, використовуючи звичайне мило та воду для прання чи машинне прання при температурі 60–90°C загальним побутовим миючим засобом, та ретельно висушіть. Помістіть забруднену білизну в мішок для білизни. Не струшуйте забруднену білизну та уникайте прямого контакту шкіри та одягу із забрудненими матеріалами.

16. Використовуйте одноразові рукавички та захисний одяг (наприклад, пластикові фартухи) при чищенні та обробці поверхонь, одягу чи білизни, забруднених біологічними рідинами хворого для тіла. Дотримуйтесь гігієни рук до і після зняття рукавичок.

17. Особи з симптомами хвороби повинні залишатися вдома до тих пір, поки не буде доведено відсутність хвороби на підставі клінічних та / або лабораторних результатів (два негативних РТ-ПЛР-тести з інтервалом не менше 24 годин).

18. Усі члени домогосподарства вважаються контактними, а їх стан здоров'я слід контролювати.

19. Якщо у члена домогосподарства виникають симптоми гострої респіраторної інфекції, включаючи лихоманку, кашель, біль у горлі та утруднене дихання, дотримуйтесь Стандарту 1.

Додаток 5
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

**Дії медичного працівника за появи симптомів
COVID-19 у контактної особи**

1. Повідомте приймаючий заклад охорони здоров'я, що контактна особа з симптомами направлена до їх закладу.
2. Під час транспортування пацієнт повинен носити медичну маску.
3. Уникайте громадського транспорту при переміщенні до закладу охорони здоров'я, якщо це можливо; викликати екстрену медичну допомогу або перевезти хвору особу на приватному транспортному засобі та, якщо можливо, відкрити вікна транспортного засобу.
4. Пацієнту слід порадити, якщо дозволяє його/її стан, завжди дотримуватись гігієни дихання та гігієни рук; стояти або сидіти від інших на відстані від 1 м або більше, коли вони перебувають у дорозі і коли перебувають в закладі охорони здоров'я.
5. Вимога належної гігієнічної обробки рук повинна стосуватись інших контактних осіб та доглядальників.
6. Будь-які поверхні, які під час транспортування забруднені виділеннями або рідинами тіла пацієнта, повинні бути очищені та дезінфіковані звичайними побутовими засобами.

Додаток 6
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

**Визначення пацієнтів із тяжкою гострою респіраторною інфекцією,
підозрюваних на COVID-19**

Тяжка гостра респіраторна інфекція – гостре респіраторне захворювання з гарячкою в анамнезі або температурою $\geq 38^{\circ}\text{C}$ та кашлем протягом останніх 10 днів та потребують госпіталізації. Однак відсутність гарячки НЕ виключає вірусну інфекцію.

Визначення випадків спостереження для COVID-19:

Пацієнт з тяжкою гострою респіраторною інфекцією (лихоманка, кашель, потреба в госпіталізації) та з іншою етіологією (пильно ставитись до можливості атипичних проявів у імуноскомпрометованих пацієнтів), яка б повністю пояснювала клінічну картину і має принаймні одне з наступного:

історія подорожі до або проживання в місті Ухань, провінція Хубей, Китай за 14 днів до появи симптомів;

пацієнт - медичний працівник, який працював в умовах, де знаходяться хворі з тяжкими ГРВІ невідомої етіології.

Пацієнти з будь-яким гострим респіраторним захворюванням і хоча б одним із наступного:

тісний контакт з підтвердженим або ймовірним випадком COVID-19 за 14 днів до початку захворювання;

відвідування або робота на ринку живих тварин в місті Ухані, провінція Хубей, Китай за 14 днів до появи симптомів;

працювали або відвідували заклад охорони здоров'я за 14 днів до появи симптомів, коли повідомлялося про пацієнтів, які були госпіталізованими з приводу COVID-19.

Тісний контакт визначається (епідеміологічний зв'язок стався протягом 14-денного періоду від початку хвороби у розглянутому випадку) як:

пов'язана із охороною здоров'я експозиція, включаючи надання прямої допомоги хворим на COVID-19, праця з медичними працівниками, зараженими SARS-CoV-2;

відвідування пацієнтів або перебування в тому ж тісному середовищі, що і пацієнт COVID-19;

праця разом у безпосередній близькості або у одному середовищі, у одному приміщенні з пацієнтом COVID-19;

перебування разом із пацієнтом COVID-19 у будь-якому транспорті;

проживання в тому ж домогосподарстві, що і пацієнт з COVID-19.

Додаток 7
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Клінічні синдроми, пов'язані з COVID-19

Патологічний стан	Характеристика
Нетяжке захворювання	Пацієнти з неускладненою вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів можуть мати неспецифічні симптоми, такі як гарячка, кашель, біль у горлі, закладеність носа, головний біль, біль у м'язах або нездужання. Літні та імуносупресивні пацієнти можуть мати атипові симптоми. У цих пацієнтів відсутні ознаки зневоднення, сепсису або задишки
Легка пневмонія	Хворий на пневмонію та відсутність ознак тяжкої пневмонії. Дитина з тяжкою пневмонією має кашель або утруднене дихання + часте дихання: часте дихання (дихань/ хв): <2 місяці 60 і більше; 2–11 місяців 50 і більше; 1–5 років 40 і більше і відсутні ознаки тяжкої пневмонії
Тяжка пневмонія	Для підлітків або дорослих: гарячка або підозра на респіраторну інфекцію, плюс частота дихання > 30 вдихів / хв, виражена дихальна недостатність або SpO ₂ <90% на спонтанному диханні в приміщенні. Дитина з кашлем або утрудненням дихання плюс хоча б одне з наступних: центральний ціаноз або SpO ₂ <90%; виражена дихальна недостатність (наприклад, хрипи, напруження грудної клітки); 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 (дихань / хв): <2 місяці 60 і більше; 2–11 місяців 50 і більше; 1–5 років 40 і більше. Діагноз - клінічний; рентгенологічне дослідження органів грудної клітки може бути корисним.

Патологічний стан	Характеристика
Гострий респіраторний дистрес-синдром	<p>Початок: поява нових симптомів або погіршення респіраторних симптомів протягом одного тижня після виявленої клінічної патології.</p> <p>Візуалізація органів грудної клітки (рентгенографія, КТ або ультразвукове дослідження легенів): двобічна інфільтрація, не пояснена плевральним випотом, колапсом частки або легені або вогнищами.</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 фактора ризику.</p> <p>Оксигенація (дорослі):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Легкий ГРДС: $200 \text{ мм рт.ст.} < PaO_2 / FiO_2 \leq 300 \text{ мм рт.ст.}$ (з PEEP або CPAP $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$, або не вентильований) • Помірний ГРДС: $100 \text{ мм рт.ст.} < PaO_2 / FiO_2 \leq 200 \text{ мм рт.ст.}$ з PEEP $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$, або не вентильований) • Тяжкий ГРДС: $PaO_2 / FiO_2 \leq 100 \text{ мм рт.ст.}$ з PEEP $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$, або не вентильований) • Коли PaO_2 недоступний, використовується SpO_2/FiO_2, при $SpO_2/FiO_2 \leq 315$ підозрюється ГРДС (у тому числі у невентильованих пацієнтів) <p>Оксигенація (діти; зверніть увагу OI = Індекс оксигенації та OSI = Індекс оксигенації за допомогою SpO_2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дворівнева НІВ або CPAP $\geq 5 \text{ см H}_2\text{O}$ через повну маску для обличчя: $PaO_2 / FiO_2 \leq 300 \text{ мм рт.ст.}$ або $SpO_2 / FiO_2 \leq 264$ • Легкий ГРДС (інвазивно вентильований): $4 \leq OI < 8$ або $5 \leq OSI < 7,5$ • Помірний ГРДС (інвазивна вентиляція): $8 \leq OI < 16$ або $7,5 \leq OSI < 12,3$ • Тяжкий ГРДС (інвазивно вентильовані): $OI \geq 16$ 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: змінений психічний стан, утруднене або часте дихання, низьке насичення киснем, зниження діурезу, тахікардія, слабкий пульс, холодні кінцівки або артеріальна гіпотензія, зміна кольору шкіри або лабораторні докази коагулопатії, тромбоцитопенії, ацидозу, високий лактат або гіпербілірубінемія.</p> <p>Діти: підозрювана або доведена інфекція та ≥ 2 критерії SIRS, з</p>

Патологічний стан	Характеристика
	яких має бути аномальна температура або кількість лейкоцитів.
Септичний шок	Дорослі: зберігається гіпотонія, незважаючи на об'ємну ресусцитацію, потреба у вазопресорах для підтримки СерАТ ≥ 65 мм рт.ст. та рівня лактату в сироватці крові > 2 ммоль / л. Діти: будь-яка гіпотензія (систоличний артеріальний тиск < 5 -й центиль або > 2 SD нижче норми за віком) або 2-3 з наступного: змінений психічний стан; тахікардія або брадикардія (ЧСС < 90 уд/хв або > 160 уд/хв у немовлят та ЧСС < 70 уд/хв або > 150 уд/хв у дітей); тривале капілярне наповнення (> 2 сек); тахіпноє; строкаті шкірні петехіальні або пурпурові висипання; підвищений лактат; олігурія; гіпертермія або гіпотермія

Оцінка SOFA коливається в межах від 0 до 24 і включає бали, пов'язані з 6 системами організму: дихальна (гіпоксемія, визначена низьким рівнем PaO_2 / FiO_2), згортання (низький рівень тромбоцитів), печінка (високий білірубін), серцево-судинна (гіпотензія), центральна нервова система (низький рівень свідомості, визначений шкалою Глазго), і 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.

Додаток 8
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

**Заходи із запобігання та контролю
для пацієнтів із підозрою або підтвердженою COVID-19**

Захід	Перелік дій
Під час сортування	Дайте пацієнтові медичну маску та направляйте пацієнта до окремої зони, якщо є така ізоляція. Тримайте принаймні 1 метр відстані між пацієнтами з підозрою щодо COVID-19 та іншими пацієнтами. Наполягайте, щоб всі пацієнти прикривали ніс і рот під час кашлю або чихання тканиною або серветкою. Дотримуйтесь гігієни рук після контакту з дихальними виділеннями
Застосовуйте запобіжні заходи щодо повітряних крапель	Використовуйте медичну маску, якщо працюєте на відстані 1-2 метри від пацієнта. Розміщуйте пацієнтів в одиночних кімнатах або групуйте тих, хто має той самий етіологічний діагноз. Якщо етіологічний діагноз невідомий, пацієнтів групують з аналогічним клінічним діагнозом та на основі епідеміологічних факторів ризику з розподілом у просторі. Надаючи допомогу при тісному контакті з пацієнтом із респіраторними симптомами (наприклад, кашлем або чиханням), використовуйте засоби захисту очей (маска для обличчя або окуляри). Обмежте пересування пацієнтів у приміщеннях закладу та переконайтесь, що пацієнти носять медичні маски.
Застосовуйте запобіжні заходи щодо контактів	Запобіжні дії щодо повітряних крапель і контактів запобігають прямій чи опосередкованій передачі інфекції з забрудненими поверхнями чи обладнанням (тобто контакт із забрудненою ендотрахеальною/трахеостомічною трубкою/інтерфейсами). Використовуйте ЗІЗ під час входу в приміщення та зніміть ЗІЗ при виході. Якщо можливо, використовуйте одноразове або спеціальне обладнання (наприклад, стетоскопи, манжети артеріального тиску та термометри). Якщо обладнання необхідно використовувати у різних пацієнтів, очистіть і дезінфікуйте перед передачею від одного пацієнта до іншого пацієнта. Переконайтесь, що медичні працівники утримуються від дотику до очей, носа та рота потенційно забрудненими рукавичками чи немитими руками. Уникайте забруднення поверхонь

Захід	Перелік дій
	навколишнього середовища, які безпосередньо не пов'язані з доглядом за пацієнтами (наприклад, дверні ручки та вимикачі світла). Забезпечити належну вентиляцію приміщення. Уникайте руху пацієнтів або транспорту. Дотримуйтесь гігієни рук.
Застосовуйте заходи безпеки при виконанні процедури з формуванням повітряного аерозолю	Переконайтесь, що медичні працівники, які виконують аерозольні процедури (санація дихальних шляхів, інтубація, бронхоскопія, серцево-легенева реанімація), використовують ЗІЗ, включаючи рукавички, халати з довгими рукавами, захист очей та респіратори твердих частинок (№95 або еквівалент FFP2 або вищий рівень захисту). Коли це можливо, використовуйте вентильовані одномісні кімнати під час проведення процедур з формуванням аерозолю, тобто кімнати зі зниженим тиском, що мають мінімум 12 змін повітря на годину або не менше 160 літрів на секунду / або в приміщеннях з природною вентиляцією. Уникайте присутності зайвих людей в кімнаті.

Додаток 9
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Рання підтримуюча терапія за наявності ТГРІ

Ініціюйте кисневу терапію починаючи з 5 л/хв та регулюйте швидкість потоку для досягнення цільового рівня $SpO_2 \geq 90\%$ у невагітних дорослих та $SpO_2 \geq 92-95\%$ у вагітних пацієнток. Діти з екстремними ознаками (утруднене чи відсутнє дихання, тяжкий ГРДС, центральний ціаноз, шок, кома або судоми) повинні отримувати кисневу терапію під час реанімації для досягнення $SpO_2 \geq 94\%$; в іншому випадку цільовий SpO_2 становить $\geq 90\%$.

Використовуйте запобіжні заходи при роботі із забрудненими кисневими інтерфейсами пацієнтів із COVID-19.

Пацієнтам із ТГРІ без ознак шокового стану 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 із ТГРІ з ознаками сепсису емпіричні антимікробні препарати для лікування всіх ймовірних збудників, що спричиняють ТГРІ, введіть протягом однієї години від встановлення факту сепсису. Емпіричне лікування антибіотиками повинно ґрунтуватися на клінічному діагнозі (позалікарняна або госпітальна пневмонія або сепсис), епідеміологічних даних та регіональних даних про антибіотикочутливість. Терапію слід коригувати на основі результатів мікробіологічних досліджень та клінічного судження.

Заборонено давати системні кортикостероїди для лікування вірусної пневмонії або ГРВІ поза клінічними випробуваннями, якщо вони не показані з іншої причини.

Уважно слідкуйте за хворими на ГРВІ щодо ознак клінічного погіршення, таких як швидко прогресуюча дихальна недостатність та сепсис, і негайно застосовуйте підтримуючу терапію. Застосування своєчасної, ефективної та безпечної підтримуючої терапії є наріжним каменем терапії для пацієнтів, у яких розвиваються тяжкі прояви COVID-19.

Додаток 10
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

**Збір зразків
для лабораторної діагностики COVID-19**

1. Зберіть зразки з верхніх дихальних шляхів (носоглоткові та орофарингеальні) і з нижніх дихальних шляхів (відхаркування мокротиння, ендотрахеальний аспірат або БАЛ) для тестування на SARS-CoV-2 за допомогою RT-ПЛР.

2. У пацієнтів з механічною вентиляцією легень можна збирати тільки зразки виділень з нижніх дихальних шляхів (відхаркування мокротиння, ендотрахеальний аспірат або бронхоальвеолярне промивання), коли вони доступні.

3. При збиранні зразків матеріалу з верхніх дихальних шляхів використовуйте тампони (стерильний дакрон або віскоза, але не бавовна) та вірусні транспортні носії. Не торкайтеся ніздрів або мигдалин. У пацієнта з підозрою на SARS-CoV-2, особливо з пневмонією або тяжкою хворобою, один зразок з верхніх дихальних шляхів є недостатнім, і рекомендуються додаткові зразки з верхніх дихальних шляхів і з нижніх дихальних шляхів, перевага надається зразкам з нижніх дихальних шляхів.

4. Серологічні дослідження рекомендуються для діагностичних цілей лише тоді, коли RT-ПЛР недоступне.

5. У госпіталізованих пацієнтів з підтвердженою COVID-19 слід повторно взяти зразки з верхніх дихальних шляхів та нижніх дихальних шляхів для демонстрації вірусного кліренсу. Частота забору зразка повинна бути щонайменше кожні 2 - 4 дні, поки у клінічно здорового пацієнта не буде інтервал не менше 24 години між двома наступними один за одним негативними результатами (обидва зразки з верхніх дихальних шляхів і з нижніх дихальних шляхів, якщо обидва були зібрані). Якщо місцева практика

боротьби з інфекцією вимагає двох негативних результатів перед відміною від засобів захисту від крапель (додаток б), зразки можна збирати щодня.

6. За наявності ресурсів бажане обстеження для виявлення ко-інфекцій іншими респіраторними вірусними, такими як грип А і В (включаючи пташиний грип), респіраторно-синцитіальний вірус, віруси парагрипу, риновіруси, аденовіруси, ентеровіруси (наприклад, EVD68), метапневмовірус людини та ендемічний коронавірус людини MERS (тобто штами HKU1, OC43, NL63 та 229E). Зразки ЛРТ також можуть бути перевірені на бактеріальні збудники, зокрема *Legionella pneumophila*.

7. Збір зразків для лабораторної діагностики не повинен відкладати початок антибактеріальної терапії.

8. Збирайте кров для виділення культури бактерій, що спричинюють пневмонію та сепсис, в ідеалі перед початком антибактеріальної терапії. Використовуйте відповідні ЗІЗ для збору зразків з верхніх дихальних шляхів (щодо повітряних крапель та щодо контактування) і з нижніх дихальних шляхів (щодо аерозольгенеруючих процедур). Необхідно уникати індукції мокротиння через підвищений ризик посилення передачі аерозолію.

Додаток 11
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

**ГРДС та гіпоксемічна дихальна недостатність
у хворих на COVID-19**

У хворого на COVID-19 може продовжуватися порушення дихання або гіпоксемія, навіть коли кисень доставляється 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, і пацієнтів, які отримували або 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 легенів, кардіогенний набряк легенів), 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 погіршується або не покращується після короткого випробування (близько 1 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 легенів та післяопераційної дихальної недостатності) або ГРВІ та 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 отримують НІВ. Пацієнти, які отримують НІВ, повинні знаходитись у контрольованих умовах та з досвідченим персоналом, здатним до ендотрахеальної інтубації, якщо стан пацієнта гостро погіршується або не покращується після короткого випробування (близько 1 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 передачі інфекції через повітря.

Ендотрахеальна інтубація повинна проводитися навченим та досвідченим лікарем, застосовуючи заходи безпеки щодо повітряних аерозолів. 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% FiO₂ протягом 5 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.

Здійснюйте механічну вентиляцію 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 вдихувальний тиск (плато тиск <30 см H₂O). 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, рН <7,15). Гіперкапнія дозволена, якщо досягається мета рН 7,30-7,45. Для забезпечення синхронізації з респіратором та досягнення цільових об'ємних показників може знадобитися застосування глибокої седації. Хоча високий РЕЕР (плато-тиск - РЕЕР) може точніше прогнозувати збільшення смертності при ГРДС порівняно з високим об'ємом вдиху або тиском плато, RCT рестриктивних вентиляційних стратегій, орієнтованих на тиск плато, наразі недоступні.

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 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 вдихувальне перенапруження, що призводить до ураження легенів та більш високого опору легеневих 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 ($PaO_2 / FiO_2 < 150$) нервово-м'язову блокаду шляхом безперервної інфузії не слід застосовувати рутинно. Постійна нервово-м'язова блокада може бути розглянута у пацієнтів із ГРДС у певних ситуаціях: виражена десинхронізація з респіратором, незважаючи на седацію, таким чином, що обмеження припливного обсягу не може бути надійно досягнуто; або 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 12
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Септичний шок у хворих на COVID-19

За відсутності вимірювання лактату використовуйте СерАТ та клінічні ознаки перфузії для визначення шоку. Стандартна допомога включає раннє розпізнавання та наступні методи лікування протягом однієї години після розпізнавання: антибактеріальна терапія та 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 з приводу септичного шоку дорослим дайте не менше 30 мл/кг ізотонічного кристалоїду протягом перших 3 годин. При інтенсивній терапії дітям з приводу септичного шоку дайте 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 легенів, набряк легенів 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 мішені, відповідні 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, нижнього 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 при збільшенні внутрішньосудинного об'єму. Застосування альбуміну для ресусцитації, коли пацієнти потребують значної кількості кристалоїдів, але ця умовна рекомендація ґрунтується на доказах низької якості.

Застосовуйте вазопресори, якщо шок зберігається під час або після введення рідини. Початкова ціль для артеріального тиску становить $\text{СсАТ} \geq 65$ 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 вводять через центральний венозний катетер із суворо контрольованою швидкістю, але також можна безпечно вводити їх 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 13
до Стандартів медичної допомоги
«КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019
(COVID-19)»

Профілактика ускладнень у лежачих пацієнтів з 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 всмоктувальну систему; Використовуйте новий контур вентилятора для кожного пацієнта; після того, як пацієнт провентилюється, змініть контур, якщо він забруднений або пошкоджений; Міняйте тепловологообмінник, коли він несправний, при забрудненні або кожні 5–7 днів
Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію	Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою, або гепарин 5000 одиниць підшкірно двічі на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (переривчасті пневматичні компресійні пристрої).
Зменшення частоти пролежнів	Перевертайте пацієнта кожні дві години
Зменшити частоту стресових виразок та шлунково-кишкових кровотеч	Раннє ентеральне харчування (протягом 24–48 годин після прийому) Застосовують блокатори рецепторів гістаміну-2 або інгібітори протонної помпи пацієнтам із факторами ризику розвитку кровотеч із ШКТ. Факторами ризику шлунково-кишкової кровотечі є ШВЛ протягом 48 годин, коагулопатія, замісна терапія нирок, захворювання печінки, множинні супутні захворювання та вищий показник недостатності органів

Передбачувані результати втручання	Втручання
Зменшення гіподинамії	Активно мобілізуйте пацієнта на початку хвороби, коли це безпечно