

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

1. Стандарт 2. Первинна медична та амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID-19 викласти у такій редакції:

« **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°C);

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 проявами (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%;

* прискореним диханням є: для віку до 2 місяців - ЧД \geq 60, від 2 до 11 місяців - ЧД \geq 50, від 1 до 5 років - ЧД \geq 40.

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

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

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

- 1) ЧД < 10 або > 30 ;
- 2) сатурація при вимірюванні пульсоксиметром $\leq 92\%$;
- 3) порушення свідомості (за шкалою AVPU все, крім A);
- 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 заклади охорони здоров'я, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу, заборонена.

10. Критеріями завершення амбулаторно-поліклінічного лікування є:

- 1) відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів рахуючи з 10 дня від дати появи симптомів без лабораторного обстеження;
- 2) відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів рахуючи з 10 дня від дати взяття матеріалу (при позитивному результаті на COVID-19 методом ПЛР) без лабораторного обстеження;
- 3) відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання, за умови отримання одного негативного результату тестування методом ПЛР.

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

Перелічені 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.».

2. Стандарт 3. Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19 викласти у такій редакції:

« **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 перелічених 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 гострого респіраторного дистрес-синдрому (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) в стадії декомпенсації.

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

- 1) раннє розпізнавання хворих на ТГРС, пов'язане з COVID-19 (додаток 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. Всім 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 вищезазначених стандартів, з урахуванням стандартів ведення вагітності. Використання лікарських засобів поза межами інструкції до них має базуватися на аналізі ризику та користі (потенційної користі для матері та безпеки для плода) і призначатися виключно за рішенням консилиуму лікарів (лікувально-консультативної комісії) у складі щонайменше:

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

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

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

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, зареєстрованого в 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) кожні 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 лікуючого лікаря.

Етапний (послідовний) епікриз повинен відображати:

зміни в загальному стані хворого (суб'єктивні, об'єктивні та за даними обстеження), обов'язково показники SpO₂, частоти дихальних рухів, частоти серцевих скорочень;

зміни в діагнозі, якщо вони мали місце;

додаткові прояви 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 лікуючий лікар 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 проявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів рахуючи з 10 дня від дати появи симптомів без лабораторного обстеження.

Перелічені 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 закладів охорони здоров'я 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).».

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров'я
та профілактики захворюваності**

Ірина РУДЕНКО