

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
16 липня 2014 р. № 499

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ  
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ ТА  
ДІТЯМ**

**ГРИП**

## ВСТУП

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям (УКПМД) «Грип» за своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини розроблено відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28.09.2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 року за № 2001/22313.

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з грипом.

Використання викладених підходів до діагностики грипу та лікування пацієнтів рекомендується клінічними настановами:

1. «Seasonal Influenza in Adults and Children – Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management: Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America» (2009);
2. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) 2009 and other Influenza Viruses» (2010);
3. ВОЗ «Клинические методы ведения больных, инфицированных новым вирусом гриппа А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>): предварительное руководство» (2009);
4. WHO Regionaloffice for Europe «Сезонный грипп: ключові аспекти клінічного ведення тяжких форм хвороби (2011)» ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file0007/154888/flu\\_case\\_management\\_rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file0007/154888/flu_case_management_rus.pdf)).

## СКОРОЧЕННЯ

АСМ	Амбулаторія сімейної медицини
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРІ	Гострі респіраторні інфекції
ЕКГ	Електрокардіографія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗТ-ПЛР	Зворотньо-транскриптазна полімеразна ланцюгова реакція
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду.
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
РДСД	Респіраторний дистрес-синдром дорослих
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги

## I ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

### 1.1 Діагноз: грип

### 1.2 Коди хвороб за МКХ-10

J 10 Грип, викликаний ідентифікованим вірусом грипу

J 10.0 Гострий із пневмонією, вірус грипу ідентифікований

J 10.1 Грип з іншими респіраторними проявами, вірус грипу ідентифікований

J 10.8 Грип з іншими проявами вірус грипу ідентифікований

J 11 Грип, вірус не ідентифікований

J 11.0 Грип із пневмонією, вірус не ідентифікований

J 11.1 Грип із іншими респіраторними проявами, вірус не ідентифікований

J 11.8 Грип із іншими проявами, вірус не ідентифікований

### 1.3 Для кого призначений протокол

Протокол призначений для керівників ЗОЗ та їх заступників, керівників структурних підрозділів ЗОЗ, лікарів спеціалістів (лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-інфекціоніст, лікар-інфекціоніст дитячий, лікар-отоларинголог, лікар-отоларинголог дитячий, лікар приймальної палати (відділення), лікар-пульмонолог, лікар-пульмонолог дитячий, лікар пункту охорони здоров'я, лікар невідкладної медичної допомоги, лікар-судновий, лікар-терапевт, лікар-терапевт дільничний, лікар-терапевт цехової лікарської дільниці, лікар-терапевт підлітковий, лікар-педіатр, лікар-педіатр дільничний), середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги, пацієнтів з грипом віком від 6 місяців.

В період епідемії цей УКПМД призначений для використання лікарями всіх медичних спеціальностей, які залучені до надання медичної допомоги пацієнтам, оскільки інфекція вірусу грипу поширюється в громаді під час грипу і з нею можуть стикатися лікарі-практики, які надають допомогу широкому колу пацієнтів.

#### 1.4 Мета протоколу

Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі доказів ефективності медичних втручань; даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих відповідно до положень клінічних настанов, що розроблені на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ для надання медичної допомоги при грипі (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

**1.5 Дата складання протоколу:** травень 2014 р.

**1.6 Дата перегляду протоколу:** травень 2017 р.

#### 1.7 Розробники протоколу

Хобзей Микола Кузьмич	Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор (голова)
Голубовська Ольга Анатоліївна	Завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор (заступник голови з клінічних питань), головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Інфекційні хвороби»
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н. (заступник голови з методологічного супроводу)
Андрейчин Михайло Антонович	Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, Президент асоціації інфекціоністів України. Член-кореспондент Академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Бацюра Ганна Володимирівна	Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.
Боднарук Наталія Миколаївна	Заступник начальника управління, начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Граділь Григорій	Доцент кафедри інфекційних хвороб Харківського

Іванович	національного медичного університету, к.м.н.
Глушкевич Тетяна Георгіївна	Завідувач бактеріологічної лабораторії Державного закладу «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України», головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Бактеріологія»
Демчишина Ірина Вікторівна	Завідувач лабораторії вірусології та СНІД, референс-лабораторії Міністерства охорони здоров'я з діагностики грипу та ГРВІ Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України
Дихановська Тетяна Альбертівна	Завідувач центру грипу та ГРВІ Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України
Донченко Тетяна Миколаївна	Директор Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Дубинська Галина Михайлівна	Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», д.мед.н., професор
Зінчук Олександр Миколайович	Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор
Колеснікова Ірина Павлівна	Завідувач кафедри епідеміології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Епідеміологія»
Крамарьов Сергій Олександрович	Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби»
Кулеш Олена Валеріївна	Асистент кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Матюха Лариса Федорівна	Завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства

охорони здоров'я України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»

Морозов Анатолій Миколайович	Професор кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені академіка О.О. Богомольця, д.мед.н., професор
Мостовенко Раїса Василівна	Завідувач інфекційного діагностичного боксованого відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.м.н., головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Педіатрія»
Нетяженко Василь Захарович	Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Терапія»
Рябоконт Олена В'ячеславівна	Завідувач кафедри інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету, д.мед.н., професор
Степаненко Алла Василівна	Радник Міністра охорони здоров'я України, д.мед.н., професор
Терещенко Альона Василівна	Заступник директора департаменту, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Ткаленко Уляна Миронівна	Заступник начальника управління, начальник відділу первинної медичної допомоги Управління реформ медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Фещенко Юрій Іванович	Директор Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Пульмонологія Фтизіатрія»

Хаджинова Наталія Афанасіївна	Головний спеціаліст відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Чернишова Людмила Іванівна	Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Дитяча імунологія»
Широбоков Володимир Павлович	Завідувач кафедри мікробіології та вірусології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії наук та Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Мікробіологія і вірусологія»
Юрченко Володимир Дмитрович	Директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», Голова Ради асоціації з невідкладної медичної допомоги, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», радник Міністра охорони здоров'я
Ячнік Анатолій Іванович	Провідний науковий співробітник Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	Начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.
Мельник Євгенія Олександрівна	Начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Мігель Олександр	Завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр

Володимирович	Міністерства охорони здоров'я України»
Шилкіна Олена Олександрівна	Начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ електронна адреса: [medstandards@dec.gov.ua](mailto:medstandards@dec.gov.ua).

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та <http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html>

#### Рецензенти

Федорченко Сергій Валерійович	Завідувач наукового відділу вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Академії медичних наук України», д.мед.н., професор
Дорошенко Віталій Олександрович	Професор кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, д.мед.н.

### 1.8 Коротка епідеміологічна інформація

Нині грип є найпоширенішою інфекційною хворобою на земній кулі. За своє життя на нього декілька раз хворіє майже кожна людина. Під час епідемічних спалахів хворіє до 30 – 50% населення ураженого регіону, що призводить до великих економічних збитків.

На сьогоднішній день грип залишається практично неконтрольованою і малокерованою інфекцією. Попри те, що показник смертності від неускладненого грипу невисокий і становить 0,01 – 0,2%, він різко збільшується у разі виникнення хвороби у старих і ослаблених хронічними серцево-судинними й легневими хворобами осіб, а також у вагітних жінок і дітей раннього віку. Окрім цього, нові пандемічні штами грипу мають властивість уражати найбільш молоді верстви населення та спричиняти значно більшу летальність – до 10%.

Значущість проблеми грипу суттєво посилюється здатністю цього збудника обмінюватися генетичною інформацією з вірусами грипу тварин і птахів, що веде до утворення багаторазових реасортантів – мутантів, наділених новими патогенними властивостями й вірулентністю.



Сприйнятливість населення до грипу дуже висока у людей всіх вікових груп, але найбільша захворюваність спостерігається у дітей віком від 1 до 14 років, що в 4 рази вище, ніж у літніх осіб. Відносно рідкісними є випадки грипу тільки серед дітей перших місяців життя, які одержали пасивний імунітет від матері. Із 6-місячного віку діти можуть легко інфікуватися.

Тривалість епідемії грипу зазвичай становить 3 – 6 тижнів. Епідемії в Північній півкулі трапляються, як правило, восени або взимку. Під час епідемії хворіє 25 – 40% населення охопленого грипом регіону, особливо висока захворюваність серед дітей. Під час пандемій захворюваність може бути ще вищою. Епідемії грипу, спричинені вірусом грипу типу А, трапляються кожні 1 – 2 роки, типу В – кожні 3 – 4 роки.

### **1.9 Епідемічна інформація**

Вірус грипу належить до родини ортоміксовірусів. Ядро вібриону представлено рибонуклеїновою кислотою. Існують А, В та С серотипи вірусу грипу. Оболонка вірусу містить такі поверхневі антигени: гемаглютиніни (H) та нейрамінідази (N). Нейрамінідаза визначає ферментативну активність вірусу, а гемаглютинін (має високу мінливість та імуногенність) здатен гемолізувати еритроцити. Гемаглютинін та нейрамінідаза є факторами агресії вірусу грипу. Обидва поверхневих антигени дуже мінливі, що є причиною появи нових антигенних варіантів вірусу. За даними ВООЗ (1980), вірус грипу має 12 типів гемаглютининів та 9 типів нейрамінідази. Гемаглютиніни 1, 2, 3 типів та нейрамінідази 1, 2 типів містять віруси, що вражають людину. Інші антигени характерні для вірусів грипу тварин.

Мінливість найбільш характерна для вірусу грипу А. Віруси грипу В більш стабільний, а вірус грипу С взагалі не змінюється.

Віруси грипу малостійкі в зовнішньому середовищі. Під дією дезінфікуючих засобів вони гинуть. Нагрівання до 50 – 60°C інактивує віруси впродовж декількох хвилин.

Резервуаром вірусу і джерелом інфекції при грипі є хвора людина, а в окремих випадках, ще й тварини, особливо в періоді гарячки з вираженим катаральним синдромом.

Епідеміологічну небезпеку інфікованої вірусом грипу людини визначають два фактори: кількість вірусу в слизу верхніх дихальних шляхів і виразність катарального синдрому. Інфікувальна доза вірусу для людини становить близько 0,0001 мл носоглоткового секрету. В інкубаційному періоді віруси грипу виділяються в одиничних випадках, у розпал хвороби – досить інтенсивно. Інтенсивне виділення вірусу зберігається й у періоді реконвалесценції після нормалізації температури, за наявності залишкових катаральних явищ у дихальних шляхах, воно більш тривале у дітей, ніж у дорослих. Описані окремі випадки виявлення вірусу з дихальних шляхів через 20 – 40 і навіть 150 – 180 днів після початку хвороби.

Механізм передачі збудника – повітряно-крапельний. Інфікування відбувається під час вдихання дрібних крапель слизу, що містять віруси грипу. Ці краплі слизу потрапляють в оточуюче середовище (повітря, посуд, предмети побуту) під час кашлю і чхання хворих.

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Протокол розглядає питання діагностики, лікування та хіміопротекції проти вірусними препаратами, а також питання, пов'язані з веденням спалаху сезонного (міжпандемічного) грипу в закладах закритого типу.

У протоколі наведені методи раннього (своєчасного) виявлення хвороби та наводяться рекомендації щодо профілактики, що дозволяє суттєво поліпшити стан пацієнта та зменшити ризик інфікування чи витрати на медичну допомогу.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні, профілактиці та лікуванні грипу. В протоколі наводиться класична клінічна симптоматика грипу, що дозволить сімейним лікарям виставляти діагноз грипу, спираючись на клінічну картину. Це, в свою чергу, дозволяє якомога швидше призначити противірусне лікування, а в деяких випадках і антибактеріальну терапію.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з грипом у кожному ЗОЗ мають бути розроблені та впроваджені ЛПМД, у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, що надають первинну і вторинну медичну допомогу, повинна бути визначена відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я органу місцевого самоврядування.

### **III. ОСНОВНА ЧАСТИНА**

#### **3.1 Для закладів, що надають первинну медичну допомогу**

##### **3.1.1 Профілактика**

###### **Обґрунтування**

Доведено, що основними заходами профілактики грипу є щорічні щеплення проти грипу. Щеплені проти грипу мають більші шанси не захворіти на грип або перенести його в легшій формі.

Хіміопрофілактика також попереджає захворювання на грип. Противірусна хіміопрофілактика проводиться всім співробітникам закладу, які не можуть отримати щеплення проти грипу, або для яких вакцина протипоказана, або якщо антигени штамів вакцини не відповідають антигенам вірусів, що циркулюють в громаді в даний період.

Своєчасне встановлення діагнозу дозволяє якомога раніше розпочати лікування, що попередить поширення вірусу серед населення.

Хворий на ГРІ (в тому числі грип) медперсонал, який безпосередньо контактує з пацієнтами є джерелом поширення вірусів в громаді.

###### **Необхідні дії адміністрації:**

А). Обов'язкові.

1). Впродовж сезону грипу розмежувати години прийому хворих пацієнтів та здорових (наприклад, дітей до року).

2). Адміністрації ЗОЗ перед кожним сезоном грипу забезпечити можливість щеплення своїх медичних працівників.

3). Адміністрації ЗОЗ в період спалаху грипу забезпечити можливість отримання противірусної хіміопрофілактики своїм медичним працівникам, які не отримали щеплення проти грипу в цьому році.

4). При збільшенні кількості хворих на грип та ГРІ в громаді вносити зміни в план роботи шляхом організації телефонного моніторингу стану здоров'я дітей раннього віку, вагітних, матерів-годувальниць, пацієнтів, які відносяться до груп ризику; пацієнтів, що знаходяться на тривалому лікуванні ацетилсаліциловою кислотою, імуносупресантами; осіб з підвищеною вагою – понад 30% від норми, в т.ч. з великою м'язовою масою, пацієнтів на гемодіалізі.

Б). Бажані.

1). Адміністрації ЗОЗ забезпечити обстеження хворих на ГРІ співробітників на вірус грипу; не допускати до роботи хворих на ГРІ.

###### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади.

2). Рекомендувати пацієнтам робити щеплення проти грипу.

3). Впродовж сезону грипу дотримуватися протиепідемічних заходів (своєчасне провітрювання та вологе прибирання приміщень тощо).

Б). Бажані.

1). Перед та впродовж сезону грипу надавати інформаційні матеріали в друкованому вигляді не хворим на грип пацієнтам (Додаток 2).

2). Впродовж сезону грипу надавати інформаційні матеріали в друкованому вигляді хворим на грип пацієнтам (Додаток 1).

3). Обстежувати пацієнтів з проявами ГРІ на грип в будь-яку пору року.

### **3.1.2 Діагностика**

#### **Обґрунтування**

Рання діагностика дозволяє своєчасно розпочати протівірусне лікування, що позитивно вплине на перебіг хвороби та попередить поширення вірусу в громаді.

Відібрані протягом п'яти днів від початку захворювання зразки з великою імовірністю дадуть правильний результат.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

- 1). Збір анамнезу.
- 2). Фізикальний огляд.
- 3). Методи обстеження (рентгенографія, загальний аналіз крові, ЕКГ тощо) проводяться з обґрунтуванням в медичній документації.
- 4). Проведення диференційної діагностики з іншими ГРІ.

Б). Бажані.

1). Бути обізнаним щодо штамів вірусу грипу, що циркулюють в даній місцевості в даний час.

2). Проведення специфічної діагностики та інтерпретації тестів у відповідності до пункту 4.4.

### **3.1.3 Лікування**

#### **Обґрунтування**

Етіологічне лікування має бути призначене якомога швидше.

В залежності від клінічної ситуації, потрібне патогенетичне (наприклад, оксигенотерапія) та/чи симптоматичне (наприклад, жарознижувальні) лікування.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

- 1). Призначити ліжковий режим впродовж гострого періоду.
- 2). Призначити вживання великої кількості рідини.
- 3). Призначати протівірусні лікарські засоби (інгібітори нейрамінідази).
- 4). Призначати лікування патогенетичне (наприклад, оксигенотерапія) та/чи симптоматичне [наприклад, при гарячці – жарознижувальні (окрім ацетилсаліцилової кислоти), при сухому кашлі – протикашльові, при вологому кашлі – відхаркувальні та муколітичні засоби, при нежиті – деконгестанти та сольові розчини для носа тощо] (див. 4.5.2).

5). Пацієнтам з тяжким перебігом грипу призначити антибактеріальні препарати і негайно направити пацієнта на госпіталізацію.

### **3.1.4 Проведення протівірусної хіміопротифілактики**

#### **Обґрунтування**

У випадках, коли не проводилось щеплення проти грипу або коли є підстави вважати, що у даного пацієнта ще не виробився захисний титр антитіл після щеплення, має проводитися протівірусна хіміопротифілактика.

**Необхідні дії адміністрації**

1). Адміністрації ЗОЗ забезпечити проведення противірусної хіміопрофілактики працівникам закладу в період спалаху грипу відповідно до пункту 4.6.2.

**Необхідні дії лікаря**

А) Обов'язкові.

1). Пацієнтам, які мають підвищений ризик захворіти на грип в період спалаху грипу призначати противірусну хіміопрофілактику відповідно до пунктів 4.6.2.

**3.1.5 Направлення в стаціонар****Обґрунтування**

Пацієнти з факторами, що можуть свідчити про тяжкий перебіг хвороби (див. 4.1) мають лікуватися в стаціонарі.

**Необхідні дії лікаря**

А) Обов'язкові.

1). Організувати госпіталізацію пацієнтів з тяжким перебігом хвороби в стаціонар.

2). В медичній документації відмітити шлях госпіталізації пацієнта в стаціонар (виклик карети швидкої допомоги, власним транспортом, іншим способом).

**3.2 Для закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу****3.2.1 Профілактика****Обґрунтування**

Доведено, що основними заходами профілактики грипу є щорічні щеплення проти грипу. Щеплені проти грипу мають більші шанси не захворіти на грип або перенести його в легшій формі.

Хіміопрофілактика також попереджає захворювання на грип. Противірусна хіміопрофілактика проводиться всім співробітникам закладу, які не можуть отримати щеплення проти грипу, або для яких вакцина протипоказана, або якщо антигени штамів вакцини не відповідають антигенам вірусів, що циркулюють в громаді в даний період.

Своєчасне встановлення діагнозу дозволяє якомога раніше розпочати лікування, що попередить поширення вірусу серед населення.

Хворий на ГРІ медперсонал, який безпосередньо контактує з пацієнтами є джерелом поширення вірусів в громаді.

**Необхідні дії адміністрації**

А). Обов'язкові.

1). Адміністрації ЗОЗ забезпечити обстеження хворих на ГРІ співробітників на вірус грипу; не допускати до роботи хворих на ГРІ.

2). Адміністрації ЗОЗ перед кожним сезоном грипу забезпечити можливість щеплення своїх медичних працівників.

3). Адміністрації ЗОЗ в період спалаху грипу забезпечити можливість отримання противірусної хіміопрофілактики своїм медичним працівникам, які не отримали щеплення проти грипу в поточному році.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Впродовж сезону грипу дотримуватися протиепідемічних заходів (своєчасне провітрювання та вологе прибирання приміщень тощо).

2). Щорічно робити собі щеплення проти грипу відповідно до календаря профілактичних щеплень в Україні.

3). В разі епідемії грипу, якщо лікар не був щеплений проти грипу в поточному році, дотримуватися хіміопрофілактики відповідно до пункту 4.6.2.

Б). Бажані.

1). Впродовж сезону грипу надавати інформаційні матеріали в друкованому вигляді хворим на ГРІ (Додаток 1).

2). Обстежувати пацієнтів з проявами ГРІ на грип в будь-яку пору року.

### **3.2.2 Діагностика**

#### **Обґрунтування**

Рання діагностика дозволяє своєчасно розпочати противірусне лікування, що позитивно вплине на перебіг хвороби та попередить поширення вірусу в громаді.

Відібраний протягом п'яти днів від початку захворювання матеріал для вірусологічного дослідження з великою імовірністю надасть правильний результат.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові:

1). Збір анамнезу.

2). Фізикальний огляд.

3). Методи обстеження (рентгенографія, загальний аналіз крові, ЕКГ тощо) проводяться з обґрунтуванням в медичній документації.

4). Проводити диференційну діагностику з іншими ГРІ.

Б). Бажані.

1). Бути обізнаним щодо штамів вірусу грипу, що циркулюють в даній місцевості в даний час.

2). Проводити специфічну діагностику та інтерпретацію тестів (див. 4.4).

### **3.2.3 Лікування**

#### **Обґрунтування**

Етіологічне лікування має бути призначене якомога швидше.

В залежності від клінічної ситуації, потрібне патогенетичне (наприклад, оксигенотерапія) та/чи симптоматичне (наприклад, жарознижувальні) лікування.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Призначити ліжковий режим впродовж гострого періоду.

2). Призначити вживання великої кількості рідини.

3). Призначати противірусні лікарські засоби (інгібітори нейрамінідази).

4). Призначати лікування патогенетичне (наприклад, оксигенотерапія) та/чи симптоматичне (наприклад, при гарячці – жарознижувальні (окрім ацетилсаліцилової кислоти), при сухому кашлі – протикашльові, при вологому кашлі – відхаркувальні та муколітичні засоби, при нежиті – деконгестанти та сольові розчини для носа тощо) (див. 4.5.2).

5). Пацієнтам з тяжким перебігом грипу призначити антибактеріальні препарати і негайно направити пацієнта на госпіталізацію.

### **3.2.4 Проведення противірусної хіміопрофілактики**

#### **Обґрунтування**

У випадках, коли не проводилось щеплення проти грипу або коли є підстави вважати, що у даного пацієнта ще не виробився захисний титр антитіл після щеплення, має проводитися противірусна хіміопрофілактика.

#### **Необхідні дії адміністрації**

1). Адміністрації ЗОЗ забезпечити проведення противірусної хіміопрофілактики працівникам закладу в період спалаху грипу відповідно до пункту 4.6.2.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Пацієнтам, які мають високий ризик розвитку ускладнень грипу в період спалаху грипу призначити противірусну хіміопрофілактику відповідно до пункту 4.6.2.

### **3.2.5 Направлення в стаціонар**

#### **Обґрунтування**

Пацієнти з факторами, що можуть свідчити про тяжкий перебіг хвороби (див. 4.1) мають лікуватися в стаціонарі.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Пацієнтів з факторами, що можуть свідчити про тяжкий перебіг хвороби, направляти в стаціонар.

Б). Бажані.

1). Інформацію про пацієнтів, яких було направлено на госпіталізацію, в кінці робочої зміни передавати АСМ за місцем проживання пацієнта.

## **3.3 Для закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу.**

### **3.3.1 Профілактика**

#### **Обґрунтування**

Основним способом профілактики захворювання на грип є щеплення проти грипу. Щеплені проти грипу мають більші шанси не захворіти на грип або перенести його в легшій формі.

#### **Необхідні дії адміністрації**

1). Адміністрації ЗОЗ забезпечити обстеження хворих на ГРІ співробітників на вірус грипу; не допускати до роботи хворих на ГРІ.

2). Адміністрації ЗОЗ перед кожним сезоном грипу забезпечити можливість щеплення своїх медичних працівників.

3). Адміністрації ЗОЗ забезпечити наявність лікарських засобів для проведення противірусної хіміопрофілактики своїм працівникам в період спалаху грипу, які не отримали щеплення проти грипу в цьому році.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Впродовж сезону грипу дотримуватися протиепідемічних заходів (своєчасне провітрювання та вологе прибирання приміщень тощо).

Б). Бажані.

1). Обстежувати пацієнтів з проявами ГРІ на грип в будь-яку пору року.

### **3.3.2 Діагностика**

#### **Обґрунтування**

Рання діагностика дозволяє своєчасно розпочати противірусне лікування, що позитивно вплине на перебіг хвороби та попередить поширення вірусу в громаді. Відібраний протягом п'яти днів від початку захворювання матеріал для вірусологічного дослідження з великою імовірністю дасть правильний результат.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Збір анамнезу.

2). Фізикальний огляд.

3). Додаткові методи обстеження (рентгенографія, загальний аналіз крові, ЕКГ тощо) проводяться з обґрунтуванням в медичній документації.

4). Проводити диференційну діагностику з іншими ГРІ.

5). Проводити специфічну діагностику та інтерпретацію тестів у відповідності до пункту 4.4.

Б). Бажані.

1). Бути обізнаним щодо штамів вірусу грипу, що циркулюють в даній місцевості в даний час.

### **3.3.3 Лікування**

#### **Обґрунтування**

Етіологічне лікування має бути призначене якомога швидше.

В залежності від клінічної ситуації, потрібне патогенетичне (наприклад, оксигенотерапія) та/чи симптоматичне (наприклад, жарознижувальні) лікування.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Призначити ліжковий режим впродовж гострого періоду.

2). Призначити вживання великої кількості рідини.

3). Призначати противірусні лікарські засоби (інгібітори нейрамінідази).

4). В залежності від ситуації, призначати патогенетичне (наприклад, оксигенотерапія) та/чи симптоматичне (наприклад, при гарячці – жарознижувальні (окрім ацетилсаліцилової кислоти), при сухому кашлі – протикашльові, при вологому кашлі – відхаркувальні та муколітичні засоби, при нежиті – деконгестанти та сольові розчини для носа тощо) лікування враховуючи рекомендації, що наведені в пункті (4.5.2) даного протоколу.



5). Пацієнтам з тяжким перебігом грипу призначити антибактеріальні препарати.

### **3.3.4 Проведення противірусної хіміопрфілактики**

#### **Обґрунтування**

У випадках, коли не проводилось щеплення проти грипу або коли є підстави вважати, що у даного пацієнта ще не виробився захисний титр антитіл після проведення щеплення, має проводитися противірусна хіміопрфілактика.

#### **Необхідні дії адміністрації**

1). Адміністрації ЗОЗ забезпечити проведення противірусної хіміопрфілактики працівникам закладу в період спалаху грипу відповідно до пункту 4.6.2.

#### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1). Пацієнтам, які мають підвищений ризик захворіти на грип в період спалаху грипу призначити противірусну хіміопрфілактику.

## **IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **4.1 Критерії грипу**

#### **Неускладнений грип**

Симптоми: гарячка, кашель, подразнення слизової глотки (фарингіт), риніт, головний біль, біль в м'язах, загальне нездужання, без задишки та утрудненого дихання.

Шлунково-кишкові порушення, такі як діарея та/чи блювання, особливо у дітей, однак без ознак зневоднення.

#### **Симптоми прогресуючої хвороби**

Ознаки серцево-дихальної недостатності: задишка, утруднене дихання, кровохаркання чи забарвлене мокротиння, біль у грудях, артеріальна гіпотензія. У дітей на користь прогресуючої хвороби може свідчити прискорене чи утруднене дихання, без іншої симптоматики. Ознаки гіпоксії за даними пульсоксиметрії.

Симптоми, що свідчать про ураження з боку центральної нервової системи: порушення чи втрата свідомості, сонливість чи труднощі пробудження після сну; періодичні чи постійні судоми, різка м'язова слабкість чи паралічі.

Реплікацію вірусу, що триває, чи приєднання вторинної бактеріальної інфекції, що ґрунтується на результатах лабораторних досліджень чи на клінічних ознаках (наприклад, тривалість високої гарячки та іншої симптоматики більше ніж три дні, сепсис, стрімке погіршення загального стану).

Швидке зневоднення організму: зниження активності, головокружіння, зниження діурезу, психічна загальмованість.

#### **Ускладнення чи тяжкі форми грипу**

Найбільш часті прояви: задишка, утруднене дихання, гіпоксія, ціаноз, зміни з боку центральної нервової системи, рентгенологічні ознаки пневмонії, різке зневоднення чи ознаки вторинних ускладнень, таких як ниркова чи поліорганна недостатність, септичний шок.

Загострення супутніх хронічних захворювань, таких як астма, хронічне обструктивне захворювання (хвороба) легень, хронічний гепатит чи ниркова недостатність, діабет чи серцево-судинні порушення, може стати причиною тяжких ускладнень.

Діагноз грипу виставляється спираючись на клінічну симптоматику при наявності циркуляції вірусу грипу в громаді. Найбільш чутливим методом, що забезпечує точне та швидке виявлення інфекції, є зворотньо-транскриптазна полімеразна ланцюгова реакція (ЗТ-ПЛР). Експрес-тести на грип можуть давати швидкі результати впродовж 15 хвилин чи менше, однак має місце відсоток хибнонегативних тестів, що повинно враховуватися. Негативні результати експрес-тестів не повинні впливати на лікування та прийняття рішень щодо інфекційного контролю.

## **4.2 У кого слід розглядати діагноз грипу**

**4.2.1 Під час сезону грипу** (визначається як період, коли є поширення вірусів у громаді) діагноз грипу слід розглядати, незалежно від статусу щеплення у таких пацієнтів:

- імунокомпетентних осіб та осіб з ослабленим імунітетом (як дорослих, так і дітей), у тому числі медичних працівників, пацієнтів з гарячкою і гострим початком;
- осіб з гарячкою і загостренням хронічних хвороб легень;
- немовлят і маленьких дітей з гарячкою без інших ознак або симптомів;
- літніх людей із новими або погіршеними симптомами ураження респіраторної системи, у тому числі з загостренням застійної серцевої недостатності або зі змінами психічного стану, з гарячкою або без неї;
- тяжкохворих осіб з гарячкою або гіпотермією;
- госпіталізованих (дітей та дорослих), які поступили до стаціонару без гарячки і симптомів гострого ураження респіраторної системи, у яких згодом після госпіталізації гостро розвивається гарячка.

**4.2.2 У будь-яку пору року** грип слід розглядати у осіб (імунокомпетентних та з ослабленим імунітетом) з ГРІ та гарячкою, які епідемічно пов'язані зі спалахом грипу (наприклад, у персоналу ЗОЗ, мешканців або відвідувачів закладів, де є спалах грипу; при побутових та тісних контактах з людьми з підозрою на грип; мандрівників, які повернулися з країн, де можуть циркулювати віруси грипу; учасників міжнародних масових заходів, а також пасажирів круїзних суден).

## **4.3 Вагітність та грип**

Вагітні, в разі захворювання на грип, мають підвищений ризик ускладнень. В зв'язку із цим вагітні повинні підлягати більш частому спостереженню та лікуванню противірусними препаратами.

## **4.4 Вірусологічна діагностика грипу**

### **4.4.1 Кого обстежувати на підозрюваний грип**

Тестування слід проводити, якщо результати можуть вплинути на клінічне ведення або процедури контролю інфекцій (див. табл. 1). Проте, при інтерпретації результатів клініцисти повинні враховувати чутливість діагностичних досліджень, клінічну картину у пацієнта і наявну інформацію про циркуляцію вірусу грипу в регіоні. Немовлята можуть поширювати віруси грипу впродовж 10 днів. Особи з ослабленим імунітетом можуть поширювати віруси впродовж декількох тижнів або місяців після зараження. Ідентифікація грипу у госпіталізованих пацієнтів або у пацієнтів з нозокоміальним грипом може сприяти впровадженню заходів контролю інфекції, щоб запобігти і контролювати поширення грипу в лікарнях. Виявлення грипу зменшує недоречне застосування антибіотиків, полегшує противірусне лікування і знижує тривалість візитів до ЗОЗ, зменшує використання інших лабораторних тестів і витрат на лікування. Проте, при наявності супутньої бактеріальної інфекції, тяжкому перебігу грипу, зумовленому дихальною чи поліорганною недостатністю показана емпірична антибіотикотерапія.

#### 4.4.2 Зразки, що використовуються для тестів на грип

В імунокомпетентних осіб зразки з дихальних шляхів беруть якнайшвидше з початку хвороби, бажано впродовж 5 днів з початку хвороби. Взяття зразків через >5 днів після початку хвороби може призвести до хибнонегативних результатів через суттєве ослаблення вірусу, особливо у дітей старшого віку і дорослих. Немовлята і маленькі діти часто поширюють вірус грипу протягом 1 тижня. У немовлят та дітей молодшого віку оптимальними зразками є носові аспірати і мазки. У дітей старшого віку і дорослих аспірати і мазки з носоглотки є переважними зразками. Зразки з ротоглотки (наприклад, мазки з горла) і зразки мокротиння можуть бути недостатніми для виявлення вірусів грипу людини, але все ще можуть давати позитивні результати.

Особи з ослабленим імунітетом можуть виділяти вірус грипу від декількох тижнів до місяців, навіть без високої температури або симптомів ураження респіраторної системи. Тому взяття зразків з верхніх і нижніх дихальних шляхів (наприклад, за допомогою бронхоальвеолярного лаважу) протягом 5 днів з початку хвороби все ще може бути корисним для тестування цих осіб на грип.

Зразки з верхніх і нижніх дихальних шляхів слід брати у пацієнтів, які піддаються механічній вентиляції легень протягом 5 днів після початку хвороби, хоча результати аналізів можуть виявитися позитивними навіть після цього періоду. Зразки нижніх дихальних шляхів включають ендотрахеальні аспірати

Зразки з дихальних шляхів повинні тестуватися на грип якомога швидше після взяття і повинні зберігатися в холодильнику (але не заморожені) в очікуванні результату тесту.

Зразки сироватки в гострій фазі не слід брати з метою діагностики. Для визначення титрів антитіл необхідні парні зразки сироватки гострої фази і фази одужання, але результати не можна отримати своєчасно, тому вони не будуть впливати на клінічне ведення, змиви, рідину бронхоальвеолярного лаважу.

#### 4.4.3 Тести на грип

Для впливу на клінічне ведення рекомендуються тести на грип, які забезпечують точні й своєчасні результати. ЗТ-ПЛР має високу чутливість і є надзвичайно точним для виявлення вірусу грипу А і В в клінічних зразках з дихальних шляхів, і може забезпечити результати протягом декількох годин, але в багатьох клінічних закладах своєчасні результати не можуть бути доступні. Мультиплексний ЗТ-ПЛР може бути використаний в деяких умовах для виявлення цілого спектру респіраторних вірусних патогенів.

Експрес-тести на антигени мають більш низьку точність для виявлення інфекції вірусу грипу в порівнянні з ЗТ-ПЛР або вірусною культурою; таким чином, негативні результати тестів може бути важко інтерпретувати, хоча ці тести можуть дати результати протягом від декількох хвилин до декількох годин. Імунофлуоресценція часто доступна в лабораторіях лікарень і має помірно високу чутливість і високу специфічність в порівнянні з вірусною культурою, але це вимагає хорошої техніки збору зразків, флуоресцентного мікроскопу і навченого клінічного персоналу лабораторії. Імунофлуоресцентне

фарбування центрифугованих секретій дихальних шляхів може забезпечити більш високу чутливість, ніж стандартні прямі флуоресцентні антитіла, непрямі антитіла або експрес-тести на грип. Імунофлуоресцентні респіраторні вірусні набори кількох антигенів, які доступні в деяких закладах, також виявляють віруси парагрипу 1 – 3, респіраторно-синцитіальний вірус, аденовірус і людський метапневмовірус. Комерційно доступні швидкі тести для діагностики грипу широко доступні, прості у використанні, можуть використовуватися в якості тестів на місці спостереження за пацієнтом і можуть надати результати за 10 – 30 хв. Однак, не всі клінічні зразки підходять для експрес-тестів на грип і також слід дотримуватися інструкції виробника, вкладеної в упаковку. Крім того, хоча швидкі тести на грип мають допустимі особливості, їх чутливість варіюється від слабкої до середньої, у порівнянні з ЗТ-ПЛР або вірусною культурою. Ні експрес-тести на антиген, ні імунофлуоресцентні аналізи не визначають підтип вірусу грипу А. Найголовніше, слід враховувати обмеження інтерпретації результатів (див. 4.3.4). Традиційно, вірусна культура (в тому числі одношарова культура) вважається «золотим стандартом» для виявлення інфекції вірусу грипу в людини. Хоча вірусні культури не забезпечують своєчасні результати, вони важливі як джерело вірусологічних даних про характеристики штаму, такі як порівняння антигену з штамами вакцини грипу і чутливість до противірусних препаратів, які мають важливе значення для лікарів та охорони здоров'я. Результати можуть не бути корисними при прийнятті клінічних рішень, але можуть бути корисними для виявлення інфекції вірусу грипу, коли інші скринінг-тести дають хибно-негативні результати і як підтвердження ряду негативних результатів швидких тестів на грип, зокрема, в контексті інституційних спалахів. Характеристика і докладний аналіз вірусів грипу, виділених впродовж позасезонної активності, особливо важливі спостереження за здоров'ям громади (для моніторингу антигенного дрейфу, вибору вакцини для штаму грипу, ефективності вакцини проти грипу і появи нових штамів грипу) і можуть також надати можливість діагностування інших вірусів, що можуть мати особливе значення для людей з ослабленим імунітетом. Тестування противірусної чутливості, імовірно, матиме все більше значення з плином часу, але в даний час доступне лише в обмеженому числі референтних лабораторій. Результати тестування противірусної чутливості в даний час не доступні своєчасно, аби зробити свій внесок у клінічне лікування.

## Особи, яких слід обстежувати на грип

Коли обстежувати	
В сезон грипу	В будь-яку пору року
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В амбулаторних імунокомпетентних осіб будь-якого віку з високим ризиком розвитку ускладнень грипу (див. табл. 3) з респіраторними симптомами і високою температурою впродовж 5 днів після початку хвороби, коли вірус зазвичай поширюється.</li> <li>2. В амбулаторних осіб з ослабленим імунітетом будь-якого віку з респіраторними симптомами і високою температурою, незалежно від часу початку захворювання, оскільки особи з ослабленим імунітетом можуть виділяти віруси грипу впродовж від декількох тижнів до місяців.</li> <li>3. У стаціонарних осіб будь-якого віку (імунокомпетентних або з ослабленим імунітетом) з гарячкою і симптомами респіраторної хвороби, у тому числі з діагнозом негоспітальної пневмонії, незалежно від часу з початку хвороби.</li> <li>4. У літніх людей і дітей з підозрою на сепсис або з лихоманкою невідомого походження, незалежно від часу з початку хвороби.</li> <li>5. У дітей з високою температурою і респіраторними симптомами, які госпіталізовані для медичної оцінки, незалежно від часу з початку хвороби.</li> <li>6. В осіб будь-якого віку, в яких розвивається лихоманка і респіраторні симптоми після госпіталізації, незалежно від часу з початку хвороби.</li> <li>7. В імунокомпетентних осіб з гострими респіраторними симптомами і високою температурою без високого ризику розвитку вторинних до інфекції грипу ускладнень з метою отримання даних місцевого спостереження.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. У медичних працівників, мешканців або відвідувачів закладу, де є спалах грипу, які звертаються із респіраторними симптомами і високою температурою протягом 5 днів від початку хвороби.</li> <li>2. В осіб, які епідемічно пов'язані зі спалахом грипу (наприклад, побутові та тісні контакти людей з підозрою на грип, мандрівники, які повернулися з країн, де можуть циркулювати віруси грипу, учасники міжнародних масових заходів і пасажери круїзних суден), які звертаються впродовж 5 днів після початку хвороби.</li> </ol>

## 4.4.4 Інтерпретація тестів на грип

На результати тестів впливають рівень активності грипу в популяції, що проходить тестування (тобто, поширеність), характеристики тесту в порівнянні з «золотим стандартом», імовірність попереднього діагнозу, чи має людина ознаки і симптоми грипу, чи вірус грипу активно розмножується в людині,

правильний збір та транспортування зразків і належні процедури тесту. Інтерпретація результатів тесту залежить від прогностичних значень тесту (тобто позитивні і негативні прогностичні значення) (див. табл. 2). Позитивна і негативна прогностична цінність знаходяться під впливом, насамперед, поширення вірусу грипу в протестованій популяції, чутливості та специфічності тесту в порівнянні із «золотим стандартом». Чутливість і специфічність тесту грипу є фіксованими параметрами, у той час як поширеність циркулюючих вірусів грипу з часом змінюється в будь-якому суспільстві (див. табл. 2). Хибно-позитивні і хибно-негативні результати можливі при існуючих скринінгових тестах, залежно від характеристик тесту, якості зразка, рівня активності грипу в популяції та інших факторів. Наприклад, хоча що особи, які отримують живі ослаблені вакцини, забажають тестування на грип незабаром після введення вакцини, особи, які отримують живі ослаблені вакцини проти грипу, можуть бути носіями вакцинних зразків вірусу у верхніх дихальних шляхах впродовж 7 днів після щеплення інтраназально і можуть дати позитивні результати на грип протягом цього періоду.

Таблиця 2

**Інтерпретація експрес-тесту на антиген грипу у пацієнтів із  
грипоподібними захворюваннями**

Активність грипу	Позитивне прогностичне значення <sup>a,b</sup>	Негативне прогностичне значення <sup>b,c</sup>
Дуже низька (літо)	Дуже низьке	Дуже високе
Низька (ранній чи пізній сезон)	Від низького до помірного	Високе
Високий спалах у громаді	Високе	Від низького до помірного
Пік активності	Дуже високе	Низьке

<sup>a</sup> Пропорція пацієнтів з позитивним результатом тесту, серед всіх дійсно хворих на грип. Визначається за формулою:  $ППЗ = \frac{ПР}{ПР + ХНР} \times 100\%$

Де ППЗ – позитивне прогностичне значення, ПР – дійсно позитивний результат тесту, ХНР – хибнонегативний результат тесту.

<sup>b</sup> Впливає чутливість скринінгового тесту, специфічність і поширеність грипу у досліджуваній популяції; припускається середня чутливість 70 – 75%, а середня специфічність 90 – 95%, в порівнянні з вірусною культурою або ЗТ-ПЛР. Чутливість у дітей (70 – 90%) значно вища, ніж у дорослих (<40% до 60%).

<sup>b</sup> Пропорція пацієнтів з негативними результатами тесту, серед всіх дійсно не хворих на грип. Визначається за формулою:  $НПЗ = \frac{НР}{НР + ХПР} \times 100\%$

Де НПЗ – негативне прогностичне значення, НР – дійсно негативний результат тесту, ХПР – хибнопозитивний результат тесту.

## 4.5 Лікування грипу

### 4.5.1 Етіологічне лікування

На сьогоднішній день існує небагато лікарських засобів з доведеною противірусною ефективністю по відношенню до вірусів грипу. Це занамівір та озельтамівір.

Клініцисти повинні бути обізнані у тому, який штам циркулює на території їхньої громади протягом певного сезону. Отже, рекомендації щодо препарату вибору можуть змінюватися з кожним роком. Чутливість вірусів грипу залежить від штаму. Поточну й оновлену інформацію про стійкість до противірусних препаратів та рекомендації щодо противірусних препаратів можна знайти на веб-сайті [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua) та <http://www.euro.who.int/ru>

Таблиця 3

### Особи з високим ризиком розвитку ускладнень грипу, у яких розглядається противірусна терапія

<p>Не щеплені діти віком 12 – 24 місяці.</p> <p>Пацієнти з астмою або іншими хронічними хворобами легень, такими як кістозний фіброз у дітей або хронічне обструктивна хвороба легень у дорослих.</p> <p>Особи із хронічними хворобами серця.</p> <p>Особи, які мають імуносупресивні розлади або отримують імуносупресивну терапію.</p> <p>ВІЛ-інфіковані.</p> <p>Онкохворі.</p> <p>Пацієнти з серповидно-клітинною анемією та іншими гемоглобінопатіями.</p> <p>Пацієнти із хворобами, що потребують тривалого лікування аспірином, такі як ревматоїдний артрит або хвороба Кавасакі.</p> <p>Пацієнти з хронічними метаболічними хворобами, такими як цукровий діабет, ожиріння.</p> <p>Особи з хронічними хворобами нирок, хронічними хворобами печінки, певними неврологічними хворобами (у тому числі нервово-м'язовими, нейрокогнітивними хворобами та епілепсією, але не включаючи аутизм)</p> <p>Вагітні та породіллі (впродовж 14 днів після пологів).</p> <p>Дорослі віком &gt;65 років.</p> <p>Соціально незахищені верстви населення.</p> <p>Мешканці будь-якого віку будинків для інвалідів або інших закладів тривалого догляду, гуртожитків тощо.</p>
--

### 4.5.2 Симптоматичне та патогенетичне лікування

#### Особливості застосування жарознижувальних лікарських засобів

У дітей і підлітків (<18 років) з підтвердженою або підозрюваною інфекцією вірусу грипу не слід розпочинати лікування препаратами, які містять саліцилову кислоту, через ризик виникнення синдрому Рея (енцефалопатія і гостра жирова дистрофія печінки з гострим розвитком печінкової недостатності).



### **Киснева терапія**

Необхідно контролювати ступінь насичення крові пацієнтів киснем за допомогою пульсоксиметра. З метою усунення гіпоксемії має проводитись оксигенотерапія. При пневмонії рекомендується використовувати кисневу терапію для підтримки рівня насичення киснем  $>90\%$ , але в деяких клінічних ситуаціях ця межа може сягати  $92\% - 95\%$ , наприклад, впродовж вагітності. Для груп населення, що мешкають на висоті, необхідно застосовувати інші критерії діагностики гіпоксемії, але у випадку пневмонії чи гострого РДСД вони будуть також в більшій мірі чутливими до тяжкої гіпоксемії.

Пацієнтам із тяжкою гіпоксемією необхідний значний потік кисню (близько 10 л/хв.), що подається через маску. Деякі пацієнти, які мають утруднення з дотриманням цього призначення (наприклад, діти) можуть потребувати більш прицільної уваги з боку молодшого медперсоналу та членів родини. В тому випадку, якщо централізована система подачі кисню відсутня, необхідно передбачити наявність кисневих подушок. Кисневу терапію слід проводити відповідно до чинних медико-технологічних документів.

### **Кортикостероїди**

Пацієнтам, які мають тяжку або прогресуючу клінічну хворобу, включаючи вірусні пневмонії, дихальну недостатність і РДСД як ускладнення грипу, не слід призначати системні кортикостероїди, якщо немає інших показань.

Застосування кортикостероїдів для лікування пацієнтів, інфікованих вірусом грипу, не допускається. Застосування кортикостероїдів в малих дозах можливо розглядати у випадку пацієнтів із септичним шоком, які потребують судинозвужувальних препаратів та з підозрою на наднирникову недостатність. У випадку інфікування вірусом грипу, тривалий прийом кортикостероїдів або прийом у великих дозах може призвести до серйозних негативних наслідків, включаючи опортуністичну інфекцію та можливу реплікацію вірусу протягом тривалого часу.

### **Антибіотикотерапія**

Хіміопрофілактика грипу антибіотиками неприпустима. Проте слід враховувати, що одне із загрозливих ускладнень грипу – пневмонія – потребує якнайшвидшого призначення антибактеріальних лікарських засобів. Медична допомога при пневмонії, зокрема призначення антибактеріальних лікарських засобів, повинна надаватись згідно з вимогами відповідних медико-технологічних документів.

### **Попередня штучна вентиляція легень**

Лікування РДСД, асоційованого з грипом, має відповідати чинним медико-технологічним документам. Потрібно використовувати методи механічно захищеної вентиляції легень.

### **4.5.3 Екстрена допомога при грипі**

Екстрена медична допомога при грипі надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України, який регламентує надання екстреної медичної допомоги при грипі.

## 4.6 Специфічна профілактика грипу

### 4.6.1 Щеплення

Щеплення проти грипу є основним інструментом для запобігання захворювання на грип і противірусна хіміопрфілактика не є альтернативою щепленню. Впродовж епідемії грипу, противірусну хіміопрфілактику рекомендується призначати особам з високим ступенем ризику розвитку ускладнень грипу впродовж 2-х тижнів після щеплення, перш ніж виробиться адекватна імунна відповідь на інактивовану вакцину (впродовж 6-ти тижнів для дітей, які не були раніше щеплені і які потребують 2 дози вакцини).

Ефективність вакцини проти грипу залежить від віку, імунного статусу і відповідності між циркулюючим і вакцинним штамом вірусу. Оскільки вакцини проти грипу не є на 100% ефективними, щеплені і нещеплені люди можуть мати грипозні симптоми як прояв грипу або одночасно циркулюючих негрипозних збудників (наприклад, риновірусів, аденовірусів, респіраторно-синцитіальних вірусів, парагрипозних вірусів, бокавірусів, коронавірусів, людських метапневмовірусів, *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* та бактеріальних збудників негоспітальних пневмоній).

Прийом противірусних лікарських засобів проти грипу необхідно припинити за 48 год. до введення живих ослаблених вакцин проти грипу. Якщо це можливо, противірусні препарати не слід призначати протягом 2 тижнів після введення живих ослаблених вакцин проти грипу.

Існують докази, що щеплення медичних працівників знижує смертність у пацієнтів. Слід докладати зусиль для того, щоб весь медичний персонал отримував щеплення перед кожним сезоном грипу. Нещеплені медичні працівники можуть бути джерелом вірусу грипу в ЗОЗ.

Вакцина може мати знижену ефективність у осіб з ослабленим імунітетом або у випадках, коли вірус вакцини не співпадає з циркулюючим вірусом в популяції в даний час.

Якщо особа отримала щеплення в сезон грипу, рекомендовано впродовж 14 днів, поки не виробиться захисний титр антитіл, проводити хіміопрфілактику противірусними засобами.

Щеплення проти грипу проводяться відповідно до чинного календаря прфілактичних щеплень в Україні.

### 4.6.2 Хіміопрфілактика

Хоча щеплення є основним способом прфілактики, хіміопрфілактика також дозволяє попередити захворювання на грип. Противірусна хіміопрфілактика повинна проводитися всім співробітникам закладу, які не можуть отримати щеплення проти грипу, або для яких вакцина протипоказана, або якщо антигени штамів вакцини не відповідають антигенам вірусів, що циркулюють в громаді в даний період.

Особам, котрі мали контакт із хворим, але при низькій імовірності ускладнень інфекції, противірусна хіміопрфілактика призначатися не повинна.

#### **Кому призначати противірусну хіміопрфілактику**

Коли віруси грипу циркулюють у громаді, противірусну хіміопрфілактику можна призначати особам з високим ступенем ризику

розвитку ускладнень грипу протягом 2 тижнів після щеплення, поки виробиться адекватна імунна відповідь на інактивовану вакцину (6 тижнів для дітей, які не були раніше щеплені і які потребують 2 дози вакцини).

Противірусну хіміопрофілактику слід розглядати для дорослих і дітей віком від 1 року, які мають високий ризик розвитку ускладнень грипу, для яких щеплення проти грипу протипоказане, недоступне, або матиме низьку ефективність (наприклад, особи зі значно ослабленим імунітетом).

Противірусну хіміопрофілактику у поєднанні зі швидким введенням інактивованої вакцини слід розглядати для дорослих і дітей віком від 1 року, які мають високий ризик розвитку ускладнень грипу і ще не були щеплені, коли активність грипу вже виявлена у громаді. Щеплення рекомендованим особам повинно тривати до припинення поширення вірусу грипу у громаді.

Противірусну хіміопрофілактику можна розглядати для нещеплених дорослих, в тому числі медичних працівників, та для дітей віком від 1 року, які знаходяться в тісному контакті з особами з високим ризиком розвитку ускладнень грипу в періоди активності грипу. Хіміопрофілактика грипу припиняється через 2 тижні після щеплення (або через 6 тижнів для дітей, які не були раніше щеплені і які потребують 2 дози вакцини).

Противірусна хіміопрофілактика рекомендується для всіх мешканців (щеплених і нещеплених) закладів закритого типу, де виникають спалахи грипу.

Противірусну хіміопрофілактику слід розглядати для осіб з високим ризиком розвитку ускладнень грипу, якщо вакцина проти грипу не доступна.

Противірусну хіміопрофілактику можна розглядати для осіб з високим ризиком розвитку ускладнень грипу (див. табл. 3), контактним з імуносупресією та у ситуаціях, коли існує документальне підтвердження низької клінічної ефективності вакцини проти грипу через циркуляцією в громаді штамів вірусів грипу, що антигенно відрізняються від штамів вакцини.

В інших ситуаціях, коли ризик інфікування є причиною для занепокоєння, медичним працівникам рекомендовано вести моніторинг контактних пацієнтів з високим ризиком розвитку ускладнень грипу на предмет ранніх ознак і симптомів ГРІ і грипозподібних захворювань. Таким пацієнтам з ранніми ознаками захворювання розпочинати противірусне лікування якомога швидше.

### **Коли розпочинати противірусну хіміопрофілактику**

В разі відсутності вакцини проти грипу або неефективності вакцини (наприклад, при антигенно-відмінних циркулюючих штамів), противірусну хіміопрофілактику слід починати з початком стійкої активності грипу в громаді, визначеної структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих органів самоврядування.

Застосування противірусних засобів для хіміопрофілактики відповідних осіб у домашніх умовах слід розпочати, коли один з членів сім'ї має підозру на грип або підтверджений грип і будь-який інший член сім'ї має високий ризик розвитку ускладнень грипу в результаті інфекції, у тому числі діти віком < 6 місяців. За таких умов всі неінфіковані члени сім'ї повинні проходити

протівірусну хіміопротілактику. В ідеалі, в таких умовах всі члени сім'ї повинні бути щеплені, що робить непотрібною хіміопротілактику.

Протівірусну хіміопротілактику слід розпочати в закладах закритого типу, коли виявлені спалахи грипу або коли є вагомі підстави для підозри на грип, але етіологія спалаху досі не визначена.

#### **Тривалість хіміопротілактики**

Якщо вводиться інактивована грипозна вакцина, протівірусна хіміопротілактика може бути припинена через 2 тижні після щеплення осіб у неінституційних закладах. Діти віком < 9 років, які отримали інактивовану грипозну вакцину в перший раз, потребують другої дози (вводиться принаймні через 4 тижні після першої дози) вакцини; пік імунної відповіді виникає через 2 тижні після отримання другої дози. Таким чином, необхідні мінімум 6 тижнів хіміопротілактики (тобто хіміопротілактика протягом принаймні 4 тижні після першої дози вакцини та додатково 2 тижні хіміопротілактики після другої дози), залежно від тривалості затримки до введення другої дози вакцини.

Протівірусну хіміопротілактику членам сім'ї слід продовжувати впродовж 10 днів після встановлення діагнозу грипу одному з членів сім'ї.

В осіб з високим ризиком розвитку ускладнень грипу, для яких щеплення проти грипу протипоказане, недоступне або матиме низьку ефективність (наприклад, особи зі значно ослабленим імунітетом), хіміопротілактику слід продовжувати впродовж всього терміну циркуляції вірусу грипу в громаді під час сезону грипу.

#### **Протівірусні препарати для хіміопротілактики**

Віруси грипу та їх чутливість до наявних протівірусних препаратів стрімко розвиваються. Клініцисти повинні бути обізнаними щодо штамів грипу, що циркулює в громаді впродовж усього сезону грипу. Поточну й оновлену інформацію про стійкість до протівірусних препаратів та рекомендації щодо протівірусних препаратів можна знайти на веб-сайті [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua) та <http://www.euro.who.int>. Для хіміопротілактики грипу А та В слід використовувати озельтамівір або занамівір.

### **4.7 Спалах грипу**

#### **Підозра на спалах грипу в закладі закритого типу**

Під час сезону грипу, коли двоє мешканців закладу закритого типу проявляють ознаки і симптоми грипоподібних захворювань у проміжку 72 годин один від одного, необхідно провести тестування на грип. Коли віруси грипу циркулюють у громаді, навіть один позитивний лабораторний результат в поєднанні з іншими супутніми хворобами в закладі показує, що існує спалах грипу.

#### **Роль тестування мешканців закладів закритого типу з грипоподібними захворюваннями після того, як діагноз грипу вже було встановлено в одного з мешканців**

Після виявлення одного лабораторно підтвердженого лабораторно випадку захворювання на грип серед мешканців закладу, цілком імовірно, що подальші випадки тимчасово пов'язаних грипоподібних захворювань також

можуть бути викликані вірусом грипу, хоча можуть виникнути змішані хвороби, спричинені іншими патогенними мікроорганізмами.

Особи зі схожими симптомами, що розвиваються більше ніж через 72 години після початку противірусної хіміопрофілактики, або серед осіб зі схожими симптомами, які проживають в раніше неінфікованих закладах, повинні бути перевірені на грип та інші респіраторні збудники. Позитивні результати тесту на грип, незважаючи на противірусне лікування, можуть свідчити про: циркуляцію медикаментозно-резистентного штаму вірусу; поширення грипу серед мешканців закладу, які не використовували противірусні лікарські засоби; повторне занесення грипу мешканцями закладу ззовні.

#### **Кандидати на лікування противірусними препаратами під час спалахів**

Під час задокументованих спалахів грипу в закладах закритого типу всі мешканці повинні отримувати хіміопрофілактику проти вірусу грипу, незалежно від статусу щеплення проти грипу.

Після виявлення одного випадку підтвердженого лабораторно грипу в закладі, всі особи, у яких згодом розвиваються грипоподібні захворювання або інші ознаки або симптоми грипу (наприклад, ізольовані зміни психічного стану у літніх осіб) повинні лікуватися противірусними препаратами.

#### **Медичні працівники, які повинні отримувати противірусну хіміопрофілактику під час спалахів**

Противірусна хіміопрофілактика повинна проводитися всім співробітникам закладу, які не можуть отримати щеплення проти грипу, або для яких вакцина протипоказана, або якщо вакцина буде неефективною (наприклад, у зв'язку з циркуляцією штамів вірусів грипу, які антигенно відрізняються від штамів вакцини).

#### **Тривалість противірусної хіміопрофілактики у мешканців і медичного персоналу під час спалахів**

В умовах спалаху слід продовжувати противірусну хіміопрофілактику впродовж 14 днів або впродовж 7 днів після появи симптомів у останньої інфікованої людини, в залежності від того, що триває довше.

## **V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**

### **5.1. Вимоги для закладів, що надають первинну медичну допомогу**

**Кадрові ресурси:** лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-педіатр дільничний, лікар-терапевт дільничний, лікар невідкладної медичної допомоги, лікар-терапевт цехової лікарської дільниці, лікар-терапевт підлітковий, середній медичний персонал (медична сестра загальної практики-сімейної медицини, фельдшер, сестра медична). Під час епідемії список залучених до медичної допомоги визначає керівник ЗОЗ.

#### **Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до таблицю оснащення.

Лікарські засоби (порядок лікарських засобів не впливає на порядок призначення): інгібітори нейрамінідази (занамівір, озельтамівір).

### **5.2. Вимоги для закладів, що надають вторинну медичну допомогу**

**Кадрові ресурси:** лікар-інфекціоніст, лікар-інфекціоніст дитячий, лікар-отоларинголог, лікар-отоларинголог дитячий, лікар-педіатр, лікар приймальної палати (відділення), лікар-пульмонолог, лікар-пульмонолог дитячий, лікар пункту охорони здоров'я, лікар-терапевт, середній медичний персонал (фельдшер, сестра медична).

#### **Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до таблицю оснащення.

Лікарські засоби (порядок лікарських засобів не впливає на порядок призначення): інгібітори нейрамінідази (занамівір, озельтамівір).

## VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Форма № 025/о** – Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

**Форма № 063/о** – Карта профілактичних щеплень (Форма № 063/о), затверджена наказом МОЗ України від 10 січня 2006 року № 1 «Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 червня 2006 р. за № 686/12560

**Форма № 025-10/о** – Журнал обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу (Форма № 025-10/о), затверджена наказом МОЗ України від 4 листопада 2011 року № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 грудня 2011 року за № 1477/20215

**Форма № 003/о** – Медична карта стаціонарного хворого (Форма № 003/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

**Форма № 001/о** – Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації (Форма № 001/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974

**Форма № 1-ОМК** – Особиста медична книжка (Форма № 1-ОМК), затверджена наказом МОЗ України від 23 липня 2002 року № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 серпня 2002 р. за № 639/6927.

### 6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з грипом.

6.1.2. Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з грипом.

6.1.3. Відсоток пацієнтів серед громади, які отримали щеплення проти грипу в звітному році.

6.1.4. Відсоток пацієнтів з лабораторно підтвердженим діагнозом грипу, з числа госпіталізованих до спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Грип».

6.1.5. Відсоток серед медичних працівників ЗОЗ, які отримали щеплення проти грипу в звітному році.

## **6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги**

**6.2.1. А) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з грипом**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90%;

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (АСМ, ЦПМСД), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з грипом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом



інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем (АСМ, ЦПМСД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.2. А) Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з грипом**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90%;

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД ведення пацієнта з грипом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

### **6.2.3. А) Відсоток пацієнтів серед громади, які отримали щеплення проти грипу в звітному році**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається з метою запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики-сімейний лікар (АСМ, ЦПМСД). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями, (АСМ, ЦПМСД), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології в ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики-сімейним лікарем, (АСМ, ЦПМСД) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма № 025/о).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості прикріпленого населення, а також кількості пацієнтів, для яких наявна інформація щодо щеплення проти грипу протягом звітного періоду (наявний відповідний запис в первинній медичній документації – форма № 025/о, № 063/о).

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість прикріпленого населення в звітному періоді до лікаря загальної практики-сімейного лікаря, (АСМ, ЦПМСД). Джерелом інформації є: журнал обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу (форма № 025-10/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які були щеплені проти грипу в звітному періоді, про що наявний відповідний запис в первинній медичній документації (форма № 025/о, форма № 063/о). Джерелом інформації є: медична карта амбулаторного хворого (форма № 25/о), карта профілактичних щеплень (форма № 063/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.4. А) Відсоток пацієнтів з лабораторно підтвердженим діагнозом грипу, з числа госпіталізованих до спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Грип»**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається з метою запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, які надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з грипом; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма № 003/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, які надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з грипом. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, госпіталізованих до спеціалізованого стаціонару з діагнозом «Грип». Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о);

Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації (Форма № 001/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з лабораторно підтвердженим діагнозом грипу, серед госпіталізованих до стаціонару з діагнозом «Грип», для яких задокументований факт лабораторно підтвердженого діагнозу.

Джерелом інформації є:

Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.5. А) Відсоток серед медичних працівників ЗОЗ, які отримали щеплення проти грипу в звітному році**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається з метою запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ. Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології в ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється ЗОЗ, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість медичних працівників ЗОЗ.

д) Чисельник індикатора складає кількість медичних працівників ЗОЗ, які щепленні проти грипу в звітному періоді, про що наявний відповідний запис в особовій медичній книжці (форма № 1-ОМК). Джерелом інформації є особові медичні книжки працівників ЗОЗ (форма № 1-ОМК).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Департаменту реформ та розвитку  
медичної допомоги МОЗ України**

**Хобзей М.К.**

## VII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Грип та гострі респіраторні інфекції», 2014.
2. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 02 березня 2011 року № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
4. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897
5. Наказ МОЗ України від 31 жовтня 2011 року № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
6. Наказ МОЗ України від 31 жовтня 2011 року № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
7. Наказ МОЗ України від 31 жовтня 2011 року № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
8. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
9. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
10. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2013 року № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
11. Наказ МОЗ України від 08 квітня 2014 року №252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

## **VIII. ДОДАТКИ**

### **Додаток 1**

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип»

## **ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТУ**

### **ГРИП**

#### **Основні факти**

Грип – це гостра вірусна інфекція, що легко поширюється в громаді.

Грип циркулює у всьому світі, їм може захворіти будь-хто з будь-якої вікової групи.

Грип викликає щорічні сезонні епідемії, пік яких в районах з помірним кліматом припадає на зиму.

Грип являє собою серйозну проблему охорони здоров'я, що викликає тяжкі хвороби та призводить до летальних випадків в групах населення підвищеного ризику.

Епідемія може справляти негативну дію на економіку в зв'язку зі зниженням продуктивності трудових ресурсів та створювати надмірне навантаження для системи охорони здоров'я.

Щеплення – це самий ефективний шлях профілактики інфекції.

#### **Загальна інформація**

Сезонний грип – це гостра вірусна інфекція, що викликається вірусом грипу.

Існує три типи сезонного грипу – А, В та С. Віруси грипу типу А поділяються на підтипи, в залежності від різних видів та комбінації поверхневих білків вірусу. Серед багатьох підтипів вірусів грипу А в даний час серед людей циркулюють підтипи грипу А(Н1N1) и А(Н3N2). Віруси грипу циркулюють у всіх частинах світу. Випадки захворювання на грип типу С виникають набагато рідше ніж захворювання на грип типу А чи В. Через це вакцини проти сезонного грипу містять лише віруси грипу А та В.

#### **Прояви грипу**

Для сезонного грипу притаманні раптова поява гарячки, кашель (як правило сухий), головний біль, м'язовий біль та біль у суглобах, сильне нездужання (погане самопочуття), біль в горлі та нежить. Більшість людей одужують протягом тижня без будь-якої медичної допомоги. Але грип може призводити до розвитку тяжких ускладнень чи смерті у людей з підвищеним ризиком. Час між інфікуванням та захворюванням, відомий як інкубаційний період, триває близько двох днів.

### **Хто піддається ризику**

Щорічні епідемії грипу можуть справляти серйозний вплив на всі вікові групи, але найбільший ризик розвитку ускладнень загрожує дітям віком до двох років, дорослим віком 65 років та старше, людям будь-якого віку з певними хворобами, такими як хронічні хвороби серця, легень, нирок, крові і хвороби обміну речовин (наприклад, діабет) чи з ослабленою імунною системою.

### **Передача інфекції**

Сезонний грип передається легко та може швидко поширюватися в школах, домах для людей літнього віку та інвалідів, на підприємствах та в містах. Коли інфікована людина кашляє, маленькі краплі, що містять віруси грипу потрапляють у повітря. Їх може вдихнути інша людина и зазнає впливу вірусу. Вірус може також поширюватися через руки, що інфіковані вірусом. Для попередження поширення люди підчас кашлю повинні прикривати рота та носа хусткою та регулярно мити руки.

### **Лікування**

За допомогою протівірусних лікарських засобів проти грипу, можна ефективно попереджувати та лікувати хворобу. Існують такі інгібітори нейрамінідази (протигрипозні лікарські засоби): озельтамівір та 2 занамівір. У деяких вірусів грипу розвивається стійкість до протівірусних препаратів, що є причиною зниження ефективності лікування. ВООЗ проводить моніторингування чутливості вірусів грипу, що циркулюють до протівірусних препаратів.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

### **Сезонні епідемії**

В районах з помірним кліматом епідемії грипу виникають щорічно в осінньо-зимовий період року. Хвороба призводить до госпіталізації та смерті переважно в групах з підвищеним ризиком (діти віком до двох років, люди похилого віку та пацієнти з хронічними хворобами). У всьому світі ці щорічні епідемії викликають приблизно 3 – 5 мільйонів випадків тяжкої хвороби та приблизно 250 000 – 500 000 смертельних випадків. Більшість смертельних випадків, що пов'язані із грипом, в промислово розвинутих країнах виникають серед людей віком 65 років та більше.

### **Наслідки хвороби**

Грип може призводити до серйозних проблем в сфері охорони здоров'я та економіки. У розвинених країнах епідемії можуть призводити до чисельних пропусків роботи через хворобу та зниженню працездатності. В піки захворюваності місцеві заклади охорони здоров'я можуть бути перенавантаженні хворими людьми, які звертаються за медичною допомогою. Більшість людей

одужують від грипу, але частина потребує госпіталізації, а деякі помирають від цієї хвороби. Мало відомо про наслідки епідемій грипу в країнах, що розвиваються.

### **Профілактика**

Найбільш ефективним шляхом профілактики хвороби чи її тяжких наслідків є щеплення. Більше 60 років використовуються безпечні та ефективні вакцини. Серед здорових дорослих людей вакцина може попередити захворювання на грип на 70% – 90%. Серед людей похилого віку вакцина зменшує кількість тяжкого перебігу грипу та ускладнень на 60% та летальних випадків – на 80%.

Щеплення особливо важливі для людей з груп підвищеного розвитку серйозних ускладнень грипу, а також для людей, що мешкають разом з людьми з груп підвищеного ризику чи здійснюють догляд за ними.

ВООЗ рекомендує щорічні щеплення наступним групам населення (в порядку зменшення значущості):

- мешканці будинків для людей літнього віку та будинків інвалідів,
- люди похилого віку,
- люди з хронічними хворобами,
- інші групи, такі як вагітні, працівники охорони здоров'я; люди, що займають відповідальні посади; а також діти віком від шести місяців до двох років.

Щеплення проти грипу найбільш ефективно в тих випадках, коли віруси, що поширені в громаді, в значній мірі співпадають з вірусами вакцини. Віруси грипу постійно змінюються, та Глобальна мережа ВООЗ з епіднагляду за грипом (GISN), партнерство Національних центрів з грипу у всьому світі, проводять моніторингу вірусів грипу, що циркулюють серед людей. ВООЗ щорічно рекомендує склад вакцин, що націлені на три найбільш характерних з циркулюючих штамів.

### **Відповідні заходи ВООЗ**

ВООЗ з партнерами проводить глобальний моніторинг грипу, щорічно рекомендує склад вакцин проти сезонного грипу та підтримує держави-члени в їх зусиллях з розробки стратегій профілактики та боротьби. ВООЗ працює над посиленням національних та регіональних потенціалів для діагностики грипу, проведення епіднагляду за хворобою, застосування відповідних заходів на спалахи хвороби і розширення охоплення щепленнями в групах підвищеного ризику.



### **Поради здоровим членам громади**

1. Уникати місць скупчення людей, оскільки інфекція передається лише від хворої людини.
2. Запобігати тісному контакту з хворими у яких нежить, кашель, гарячка тощо.
3. Обмежити користування телефонними апаратами спільного використання, обробляти кожні дві години дезінфікуючими розчинами телефонні трубки та ручки дверей, уникати рукоштовань та поцілунків.
4. Регулярно провітрювати помешкання, спати з відкритою кватиркою, уникати протягів.
5. Тепло вдягатися.
6. Кожні 2 – 3 години мити руки та обличчя з милом.
7. Використовувати одноразові рушники.
8. Кожні 3 – 4 години промивати порожнину носа та рота використовуючи сольовий розчин, приготовлений в домашніх умовах (1 чайну ложку на 1 літр води) або фізіологічний розчин хлориду натрію.
9. Змазувати слизову носа оксоліновою маззю при виході із дому.
10. Повноцінно харчуватися.
11. При появі перших симптомів хвороби (лихоманка, біль у м'язах, сухий кашель) негайно викликати лікаря додому, а не відвідувати заклад охорони здоров'я.
12. Не займатися самолікуванням.