

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15 травня 2026 року № 635

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
СКАЗ

2026

Загальна частина

Назва діагнозу: Сказ; укушена рана; ослинення пошкодженої шкіри; ризик зараження сказом

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

Сказ A82

Сказ лісовий A82.0

Сказ міський A82.1

Сказ, неуточнений A82.9

Контакт з хворим або можливість зараження інфекційними хворобами Z20.3

Необхідність імунізації (застосовується при проведенні профілактичної вакцинації) Z23

Додаткові код

Укушені рани (кодування за анатомічною локалізацією)

S01.8 - Відкрита рана інших ділянок голови

S11.8 - Відкрита рана шиї

S21.8 - Відкрита рана грудної клітки

S31.8 - Відкрита рана живота

S41.8 - Відкрита рана плеча

S51.8 - Відкрита рана передпліччя

S61.8 - Відкрита рана кисті

S71.8 - Відкрита рана стегна

S81.8 - Відкрита рана гомілки

S91.8 - Відкрита рана стопи

T14.1 - Відкрита рана неуточненої локалізації

Зовнішні причини травми

W54 — Укус або напад собаки

W55 — Укус або напад інших ссавців

W59 — Контакт з іншими тваринами

Розробники:

Володимир КУРПІТА

Генеральний директор державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», голова робочої групи;

Олена ФЕНЮК

лікар-епідеміолог відділу організації епіднадзора державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», секретар робочої групи;

Олександр ЗАЙКА	начальник відділу з питань профілактики інфекційних захворювань та імунопрофілактики Департаменту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я
Ірина ДЕМЧИШИНА	завідувач референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу, вірусних та особливо небезпечних патогенів державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Анфіса ЛУК'ЯНОВА	лікар-епідеміолог відділу імунізації державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Тамара МОШАК	начальник відділу статистики та аналізу державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Світлана ГАЙДАР	лікар-статистик сектору статистики відділу статистики та аналізу державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Федір ЛАПШ	голова Національної технічної групи експертів з імунопрофілактики при Міністерстві охорони здоров'я України (за згодою);
Олександр ДУДА	завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Олена СЕЛІВАНОВА	начальник відділу правового забезпечення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Юрій ЖИГАРСВ	консультант з клінічного менеджменту Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні (за згодою);
Катерина МАТЮШКІНА	фахівчиня з інфекційних захворювань Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні (за згодою);
Андрій АКСЮТІН	лікар ортопед-травматолог Комунального некомерційного підприємства Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (за згодою);
Віктор КІРЕЙКО	лікар ортопед-травматолог Товариство з обмеженою відповідальністю «Медичний центр «Добробут – Поліклініка»(за згодою);

Тетяна КРАСНОПОЛЬСЬКА	начальник відділу моніторингу та аналітики медичного забезпечення Військово-медичного управління Міністерства оборони України (за згодою);
Сергій АФАНАСЬЄВ	магістр біології, агент змін Громадська організація «Батьки за вакцинацію» (за згодою);

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу
----------------------------	--

Рецензенти:

Юрко Катерина Володимирівна	Професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри інфекційних хвороб Харківського Національного медичного університету
Сидоренко Віктор Михайлович	Доцент кафедри, кандидат медичних наук кафедри хірургії №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Дата оновлення стандарту – 2031 рік.

Зміст

Загальна частина	2
Зміст	5
Розділ I. Організація надання медичної допомоги пацієнтам зі сказом, постраждалих від укусів тварин у випадках підозри захворювання на сказ	7
1.1. Положення стандарту медичної допомоги	7
1.2. Обґрунтування	11
1.3. Критерії якості медичної допомоги	12
Розділ II. Оцінка експозиції вірусу сказу та алгоритм надання медичної допомоги	14
2.1. Загальні положення стандарту медичної допомоги	14
2.2. Роль первинної медичної допомоги у наданні антирабічної допомоги	14
2.2.1. Положення стандарту медичної допомоги	14
2.2.2. Обґрунтування	16
2.2.3. Критерії якості медичної допомоги	16
2.3. Спеціалізована медична допомога	17
2.3.1. Положення стандарту медичної допомоги	17
2.3.2. Обґрунтування	19
2.3.3. Критерії якості медичної допомоги	19
Розділ III. Первинна та хірургічна обробка ран (укусів)	20
3.1. Положення стандарту	20
3.2. Обґрунтування	21
3.3. Критерії якості медичної допомоги	22
Розділ IV. Постконтактна профілактика	23
4.1. Положення стандарту медичної допомоги	23
4.2. Обґрунтування	30
4.3. Критерії якості медичної допомоги	31
Розділ V. Ведення пацієнта зі сказом	32
5.1. Положення стандарту медичної допомоги	32
5.2. Обґрунтування	34
5.3. Критерії якості медичної допомоги	35
Розділ VI. Доконтактна профілактика сказу	35
6.1. Положення стандарту медичної допомоги	35
6.2. Обґрунтування	37
6.3. Критерії якості медичної допомоги	37
Індикатори якості медичної допомоги	38

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги	42
Діагностичні тести для виявлення сказу	43
Алгоритм ведення пацієнтів із підтвердженим або підозрілим сказом	44
Категорії контакту з потенційним ризиком зараження вірусом сказу	49
Тактика ПКП в залежності від категорії контакту	50
Показання для призначення ПКП	51
Рекомендації щодо застосування антирабічного імуноглобуліну	54
Постекспозиційна профілактика: режими введення вакцини	57
Алгоритм вибору тактики ПКП	56
Схема прийняття рішень щодо використання імунобіологічних препаратів	59
Місця введення вакцин	60
Техніка внутрішньошкірного введення антирабічної вакцини	63
Довідка пацієнту, який звернувся з приводу укусу ссавцем	65
Пам'ятка пацієнту, який звернувся з приводу укусу/ослинення	67

Розділ I. Організація надання медичної допомоги пацієнтам зі сказом, постраждалих від укусів тварин у випадках підозри захворювання на сказ

1.1. Положення стандарту медичної допомоги

Надання антирабічної допомоги населенню, включно з проведенням постконтактної профілактики (далі - ПКП) сказу, організовується як безперервний комплекс заходів первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги, спрямований на своєчасне виявлення ризику експозиції вірусу сказу, невідкладне надання допомоги постраждалим та запобігання розвитку клінічного захворювання. Антирабічна допомога надається особам, які зазнали укусів, подряпин, ослинення ссавцями або інших контактів, що створюють ризик інюкуляції вірусу сказу, незалежно від місця проживання/реєстрації, громадянства, соціального статусу, працевлаштування чи інших адміністративних обставин. Звернення пацієнта не може бути обмежене попередніми формальностями; медична допомога надається за фактом звернення.

Міністерство охорони здоров'я України (далі - МОЗ) здійснює загальну координацію реалізації цього Стандарту та забезпечує міжвідомчу взаємодію з іншими центральними органами виконавчої влади (далі - ЦОВВ) у частині міжсекторального реагування, зокрема в межах підходу «Єдине здоров'я», включно з питаннями ветеринарного контролю, біологічної безпеки, логістики та реагування в умовах надзвичайних ситуацій/воєнного стану. Планування та організаційно-методичне забезпечення заходів із профілактики сказу серед населення здійснює Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - ЦГЗ) у межах повноважень, визначених законодавством, із забезпеченням єдиних підходів до клінічної практики, маршрутизації пацієнтів, моніторингу доступності антирабічних лікарських засобів, аналізу звернень та підготовки пропозицій щодо удосконалення системи антирабічної допомоги.

Центри контролю та профілактики хвороб МОЗ України (далі - ЦКПХ) виконують роль регіональних координуючих та методичних центрів у системі антирабічної допомоги. ЦКПХ забезпечують епідеміологічний нагляд за потенційними експозиціями вірусу сказу та випадками захворювання у людей; прийом, реєстрацію та аналіз екстрених повідомлень; організацію міжтериторіального інформування у випадках експозиції поза адміністративно-територіальною одиницею, де було надано медичну допомогу; методичний супровід закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ) щодо застосування Стандарту; участь у координації взаємодії із територіальними органами Держпродспоживслужби; а також узагальнення даних для планування

профілактичних заходів на регіональному рівні та подання пропозицій до ЦГЗ і МОЗ.

Екстрена медична допомога (далі - ЕМД) забезпечує реагування на звернення щодо укусів, травм та підозри на експозицію вірусу сказу у випадках, коли стан постраждалої особи потребує невідкладних медичних заходів. До таких випадків належать, зокрема, наявність життєво небезпечної кровотечі, порушення дихання чи свідомості, тяжкі або множинні травми, а також інші стани, що відповідають критеріям екстреної медичної допомоги. Бригади ЕМД на догоспітальному етапі здійснюють первинну оцінку стану постраждалого, зупинку кровотечі, базове знеболення, іммобілізацію та інші заходи стабілізації відповідно до клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 5 червня 2019 року № 1269. ЕМД забезпечує медичну евакуацію (транспортування) пацієнта за наявності клінічних показань до ЗОЗ, спроможного надати необхідний обсяг медичної допомоги. У випадках, коли постраждалий звернувся до ЗОЗ, який не має можливості забезпечити проведення ПКП, рішення щодо залучення ЕМД для транспортування приймається з урахуванням клінічного стану пацієнта, ризиків для життя та необхідності безперервності медичної допомоги. ЕМД не залучається для планового або немедичного транспортування пацієнтів між ЗОЗ у разі відсутності клінічних показань до надання екстреної медичної допомоги

Медичну допомогу особам із потенційною експозицією вірусу сказу надають ЗОЗ незалежно від форми власності та підпорядкування, а також фізичні особи – підприємці, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальностями («Невідкладна медична допомога», «Хірургія», «Терапія», «Травматологія», «Ортопедія»). Надання антирабічної допомоги здійснюється відповідно до рівня медичної допомоги, клінічної ситуації та повноважень медичних працівників з урахуванням заходів та засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

Пацієнт може звертатися за антирабічною медичною допомогою до закладу первинної медичної допомоги (далі - ПМД) у години його роботи. На рівні ПМД лікарі за спеціальностями «Загальна практика – сімейна медицина», «Терапія» або «Педіатрія» забезпечують первинний клінічний огляд, збір анамнезу та оцінку обставин контакту, первинну обробку рани/ослинених ділянок, визначення категорії експозиції відповідно до цього Стандарту та прийняття рішення щодо тактики ведення у неускладнених випадках в тому числі початку ПКП (введення антирабічної вакцини за її наявності).

За наявності ускладнень, тяжких або множинних ушкоджень, підозри на ураження глибоких тканин або необхідності проведення спеціалізованих втручань, які не можуть бути виконані на рівні ПМД, пацієнт підлягає невідкладному направленню до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу. До моменту направлення забезпечується проведення всіх можливих невідкладних заходів у межах компетенції лікаря ПМД, включаючи обробку рани та, за наявності показань - початок ПКП без необґрунтованої затримки. Відсутність можливості подальшого ведення пацієнта на рівні ПМД не є підставою для відтермінування початку ПКП. Направлення пацієнта здійснюється із забезпеченням попередньої комунікації з приймаючим ЗОЗ та передачі необхідної клінічної інформації для безперервності надання медичної допомоги.

На рівні спеціалізованої медичної допомоги (приймальні відділення, травм пункти, хірургічні/травматологічні підрозділи кластерних, надкластерних та загальних лікарень) забезпечується цілодобове надання антирабічної допомоги визначеними ЗОЗ (24/7), включно з розширеною оцінкою ушкоджень, хірургічною обробкою ран за показаннями, призначенням і проведенням ПКП у повному обсязі, у тому числі із введенням АІГ відповідно до цього Стандарту. Клінічні рішення щодо проведення повного обсягу ПКП в ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу приймають лікарі за спеціальностями «Хірургія» або «Травматологія» (залежно від структури ЗОЗ та клінічного маршруту пацієнта), із забезпеченням належного документування та подальшого супроводу пацієнта до завершення курсу вакцинації.

Лікування клінічно маніфестного сказу у людини здійснюється переважно у стаціонарних умовах лікарями за спеціальностями «Інфекційні хвороби», «Анестезіологія та інтенсивна терапія» (за потреби інтенсивної терапії/респіраторної підтримки), а також лікарів інших спеціальностей відповідно до клінічної ситуації. Клінічне ведення пацієнта зі сказом включає паліативну та симптоматичну терапію, інфекційний контроль і заходи біобезпеки, оцінку ризиків професійної експозиції та, за потреби, організацію ПКП для персоналу.

Маршрутизація пацієнтів організовується так, щоб мінімізувати затримки між зверненням та початком ПКП. Пацієнт може самостійно звернутися до будь-якого рівня медичної допомоги або бути направленим/переведеним залежно від клінічних показань. ЗОЗ, до якого звернувся пацієнт, зобов'язаний забезпечити невідкладну допомогу (включно з місцевою обробкою рани), первинну оцінку ризику та прийняття рішення щодо подальшої тактики. Якщо у ЗОЗ відсутні необхідні антирабічні лікарські засоби або немає можливості забезпечити введення у рекомендовані строки, такий ЗОЗ організовує невідкладне адресне направлення (та за потреби медичне переведення) до визначеного ЗОЗ, де

лікарські засоби наявні, з наданням пацієнту та/або супровідній службі інформації про виконані заходи та рекомендований план продовження ПКП. Курс ПКП, розпочатий в іншому ЗОЗ або за межами України, підлягає продовженню і завершенню відповідно до вимог цього Стандарту без необґрунтованого перезапуску курсу.

В окремих випадках, у разі звернення пацієнта у віддалених населених пунктах або за відсутності лікаря, середній медичний персонал (медична сестра/медичний брат/фельдшер) забезпечує первинну оцінку стану постраждалої особи та невідкладну місцеву обробку рани. Введення антирабічної вакцини середнім медичним персоналом допускається виключно за наявності призначення лікаря (у тому числі отриманого дистанційно) та з подальшим лікарським контролем. У разі неможливості отримання лікарського призначення або відсутності вакцини пацієнт підлягає невідкладному направленню до закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання антирабічної допомоги.

У межах кожної адміністративно-територіальної одиниці структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (а також МОЗ АР Крим - у межах повноважень) визначають ЗОЗ, що забезпечують цілодобову готовність до проведення ПКП, наявність чергового персоналу відповідної кваліфікації та достатній запас антирабічних лікарських засобів. Перелік таких ЗОЗ формується щорічно, адреси та контактні дані підлягають оприлюдненню на офіційних вебсайтах відповідних структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних (військових) адміністрацій та підлягає перегляду та актуалізації у встановлені строки; у разі зміни інформації її оновлюється здійснюється невідкладно.

Забезпечення антирабічною вакциною та АІГ здійснюється за рахунок коштів державного бюджету та/або інших джерел, не заборонених законодавством України. Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних (військових) адміністрацій забезпечують організацію системи постачання, розподілу та контролю доступності антирабічних лікарських засобів у визначених закладах охорони здоров'я. Керівники ЗОЗ забезпечують своєчасне планування потреби в лікарських засобах, дотримання належних умов їх зберігання, належний облік та раціональне використання, а також подання до відповідних ЦКПХ достовірних даних щодо потреби в таких лікарських засобах. ЦКПХ забезпечують методичний супровід планування потреби, узагальнення регіональних заявок та подання їх до ЦГЗ, а також, за наявності, формування і управління регіональними запасами антирабічних лікарських засобів для оперативного перерозподілу між ЗОЗ.

Інформація про кожний випадок звернення з приводу потенційної експозиції вірусу сказу (за усіма категоріями експозиції, незалежно від факту призначення ПКП) підлягає обов'язковому оформленню Екстреним повідомленням про випадок укусу/ослинення людини твариною за формою № 058-2/о (далі – форма №058-2/о) та передається до відповідного ЦКПХ за місцем надання медичної допомоги у строки, визначені чинними нормативно-правовими актами. ЦКПХ забезпечує міжтериторіальне інформування у разі експозиції поза межами території, де було оформлено повідомлення, та організацію взаємодії з ветеринарною службою для належного реагування.

ЗОЗ забезпечують організацію безперервного професійного розвитку та підвищення кваліфікації медичних працівників, які залучаються до надання антирабічної допомоги, з питань профілактики сказу, оцінки ризику інфікування, застосування антирабічної вакцини та антирабічного імуноглобуліну, дотримання вимог інфекційного контролю, ведення медичної документації та належної комунікації з пацієнтами. ЦКПХ у межах повноважень забезпечують організаційно-методичний супровід ЗОЗ з питань профілактики сказу та надання антирабічної допомоги, зокрема щодо застосування уніфікованих підходів до оцінки ризику інфікування, проведення антирабічної профілактики. ЦГЗ у межах повноважень забезпечує методичний супровід, узагальнення практики застосування антирабічної профілактики, розроблення та оновлення методичних матеріалів, а також координацію заходів у сфері профілактики сказу на національному рівні.

1.2. Обґрунтування

Сказ - це гостре вірусне зоонозне захворювання, яке після розвитку клінічних симптомів у практично 100% випадків завершується летально. У зв'язку з цим ключовим принципом медичної допомоги є запобігання розвитку захворювання шляхом своєчасної та повної ПКП. Профілактика є єдиним ефективним методом захисту людини від сказу.

Епідеміологічною передумовою розвитку сказу у людини є контакт із потенційно інфікованою твариною або її біологічними матеріалами. До таких контактів належать укуси ссавців; подряпини з порушенням цілісності шкіри; ослинення пошкодженої шкіри або слизових оболонок; потрапляння слини на слизові оболонки; контакт із нервовою тканиною або біологічними рідинами тварин, хворих або підозрілих на сказ; професійні або побутові експозиції, пов'язані з лабораторною діяльністю, ветеринарною практикою, забоєм або розтином туш тварин, хворих або підозрілих на сказ, за наявності контакту з нервовою тканиною чи біологічними рідинами; трансплантація органів від особи, яка хворіє на сказ; контакт із тілами людей, які померли від сказу, за умови порушення вимог біологічної безпеки.

Ризик інфікування вірусом сказу визначається характером та локалізацією контакту з потенційно інфікованим біоматеріалом (слина, нервова тканина), видом тварини, її клінічним станом та поведінкою, ймовірністю її інфікованості з урахуванням епізоотичної ситуації на відповідній території, а також своєчасністю звернення за медичною допомогою

В Україні сказ залишається ендемічним природно-осередковим зоонозом. Основними резервуарами вірусу є дикі м'ясоїдні тварини (передусім лисиці), а також безпритульні і домашні собаки і коти., Випадки передачі вірусу сказу від дрібних гризунів і зайцеподібних в Україні не реєструвалися. Щорічна реєстрація випадків сказу серед тварин у більшості регіонів країни формує постійний ризик для населення.

В умовах воєнного стану додатковими чинниками ризику є дестабілізація екосистем та міграція диких тварин, зростання популяції безпритульних тварин, призупинення або ускладнення програм пероральної вакцинації диких тварин, порушення логістики постачання антирабічних лікарських засобів, обмеження доступу до лабораторної діагностики на окремих територіях.

З огляду на зазначене, будь-який випадок укусу або іншої потенційної експозиції вірусу сказу повинен розглядатися як медична ситуація, що потребує невідкладної оцінки ризику та прийняття рішення щодо проведення ПКП відповідно до цього Стандарту.

Організація медичної допомоги при підозрі на експозицію вірусу сказу передбачає забезпечення доступності ПКП та гарантовану цілодобову готовність визначених ЗОЗ до її проведення.

В Україні профілактика сказу здійснюється з урахуванням міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії в рамках підходу «Єдине здоров'я», що передбачає координацію дій між системою охорони здоров'я, ветеринарною службою та іншими зацікавленими сторонами. У межах цієї моделі ЗОЗ забезпечують клінічну оцінку випадків та проведення ПКП відповідно до рівня медичної допомоги та цього Стандарту; ЦКПХ здійснюють епідеміологічний нагляд, аналіз ситуації та координацію профілактичних заходів; територіальні управління Держпродспоживслужби забезпечують ветеринарний контроль, вакцинацію тварин та моніторинг епізоотичної ситуації.

1.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) інформація про кожний випадок потенційної експозиції вірусу сказу, незалежно від категорії експозиції та факту призначення ПКП, підлягає обов'язковій фіксації у медичній документації та оформленню форми

№058-2/о з її своєчасною передачею до відповідного ЦКПХ за місцем надання медичної допомоги;

2) у випадках, коли експозиція відбулася поза межами адміністративно-територіальної одиниці надання медичної допомоги медична документація повинна містити повні та достовірні відомості щодо місця події та обставин контакту, необхідних для міжтериторіального інформування ЦКПХ та координації заходів реагування;

3) категорія експозиції визначається відповідно до цього Стандарту та підлягає обов'язковому внесенню до медичної документації із зазначенням характеру і локалізації ушкоджень, обставин контакту та виду тварини. Невнесення та неповне внесення зазначених відомостей розглядається як порушення вимог Стандарту;

4) у всіх випадках експозиції категорії II та III забезпечується проведення ПКП відповідно до цього Стандарту або організовується невідкладне направлення/переведення пацієнта до ЗОЗ, який забезпечує її проведення без необґрунтованої затримки. Факт маршрутизації пацієнта підлягає обов'язковому документуванню;

5) забезпечується безперервність курсу ПКП, у тому числі у разі її початку в іншому ЗОЗ або за межами України, із належним документуванням введених доз антирабічних лікарських засобів та подальшого графіка вакцинації;

6) схеми введення антирабічних лікарських засобів, інтервали між щепленнями, показання до введення АІГ або моноклональних антитіл повинні відповідати вимогам цього Стандарту та підлягають належному документуванню;

7) забезпечується наявність, належні умови зберігання з дотриманням умов холодового ланцюга, облік та раціональний розподіл антирабічної вакцини та АІГ відповідно до планованої потреби та чинних нормативних вимог;

8) рішення щодо визначення категорії експозиції та проведення ПКП приймаються лікарями, які пройшли відповідну підготовку або підвищення кваліфікації з питань антирабічної допомоги;

9) забезпечується повнота, своєчасність і коректність ведення медичної документації щодо випадків звернення, проведення ПКП та маршрутизації пацієнтів. Проводиться періодичний аналіз структури звернень, категорій експозицій та результатів профілактичних заходів із використанням даних епідеміологічного нагляду.

Бажані:

10) проводиться періодичний клінічний аудит випадків проведення ПКП з оцінкою обґрунтованості визначення категорії експозиції, своєчасності початку ПКП та дотримання схем вакцинації;

11) забезпечується регулярний аналіз маршрутизації пацієнтів, у тому числі за участю ЕМД, з оцінкою часових інтервалів від моменту звернення пацієнта до початку проведення ПКП;

12) пацієнтам надається доступна та зрозуміла інформація щодо ризиків сказу, необхідності своєчасного початку ПКП та дотримання повного курсу вакцинації; забезпечується видача письмових рекомендацій пацієнту.

Розділ II. Оцінка експозиції вірусу сказу та алгоритм надання медичної допомоги

2.1. Загальні положення стандарту медичної допомоги

Оцінка випадку потенційної експозиції вірусу сказу здійснюється шляхом встановлення категорії контакту відповідно до клінічних та епідеміологічних даних. Категорія експозиції є ключовим етапом прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги та необхідності проведення ПКП.

Категорії експозиції визначаються з урахуванням характеру контакту, локалізації та ступеня ушкодження, виду тварини, її клінічного стану та можливості проведення ветеринарного спостереження. Особлива увага приділяється ураженням високоіннервованих ділянок тіла (голова, шия, кисті рук, промежина).

Відповідно до цього Стандарту експозиції поділяються на три категорії (I, II, III), що відрізняються рівнем ризику інфікування та визначають обсяг необхідних профілактичних заходів. Детальний перелік критеріїв віднесення контакту до відповідної категорії наведено у додатку 3 до цього Стандарту.

Встановлення категорії експозиції здійснюється лікарем на підставі збору анамнезу та клінічного огляду з обов'язковим відображенням відповідних даних у медичній документації. Усі випадки експозиції категорії II та III потребують клінічної оцінки та прийняття рішення щодо проведення ПКП відповідно до вимог цього Стандарту.

2.2. Роль первинної медичної допомоги у наданні антирабічної допомоги

2.2.1. Положення стандарту медичної допомоги

ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу та фізичні особи – підприємці, які провадять медичну практику за спеціальностями «Загальна практика – сімейна медицина», «Терапія» або «Педіатрія» (далі — надавачі ПМД), здійснюють первинну клінічну оцінку осіб, які зазнали потенційної експозиції вірусу сказу,

та надають невідкладну медичну допомогу відповідно до цього Стандарту та обсягу медичної допомоги, визначеного для рівня ПМД.

Надання антирабічної допомоги на рівні первинної медичної допомоги здійснюється з урахуванням установленого режиму роботи ЗОЗ. За відсутності можливості забезпечити введення антирабічних лікарських засобів пацієнт невідкладно направляється до закладу охорони здоров'я, який забезпечує їх цілодобове застосування. Заклад ПМД зобов'язаний розмістити інформацію про найближчий ЗОЗ, де надається антирабічна допомога цілодобово у доступному в позаробочий час для пацієнтів місці. При зверненні пацієнта з приводу потенційної експозиції вірусу сказу лікар ПМД проводить первинний клінічний огляд із з'ясуванням обставин контакту, виду тварини, можливості спостереження за нею, а також характеру, локалізації та кількості ушкоджень. На підставі отриманих даних визначається категорія експозиції та тактика проведення ПКП відповідно до додатків 3 та 4 до цього Стандарту з обов'язковим внесенням відповідної інформації до медичної документації.

За наявності доступу до тварини у медичній документації забезпечується фіксація відомостей, необхідних для організації ветеринарного спостереження або проведення лабораторного дослідження. Інформування відповідних територіальних органів Держпродспоживслужби здійснюється через ЦКПХ у встановленому порядку. Початок ветеринарного спостереження не є підставою для відтермінування проведення ПКП у випадках, коли вона показана відповідно до вимог цього Стандарту.

Одночасно з клінічною оцінкою забезпечується надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги, що включає первинну обробку ран, подряпин, саден та ослинених ділянок з метою мінімізації ризику інфікування вірусом сказу та профілактики вторинних ускладнень. Порядок та обсяг проведення місцевої обробки визначаються відповідно до розділу III цього Стандарту.

У випадках експозиції категорії I ПКП не проводиться. У разі наявності сумнівів щодо цілісності шкіри в місці контакту або щодо стану здоров'я тварини така експозиція розцінюється як категорія II з прийняттям рішення на користь більш безпечної тактики ведення пацієнта.

За наявності показань до проведення ПКП та за умови наявності антирабічної вакцини, дотримання умов її зберігання і підготовленого персоналу лікар призначає та вводить першу дозу вакцини якомога скоріше після надання невідкладної допомоги та промивання рани відповідно до вимог розділу IV цього Стандарту та забезпечує завершення курсу або організовує подальшу маршрутизацію пацієнта для його завершення.

У разі звернення пацієнта з інформацією про необхідність продовження курсу ПКП, розпочатого в іншому ЗОЗ або за межами України, лікар ПМД здійснює оцінку наявної інформації щодо проведених щеплень (за медичною документацією або зі слів пацієнта) та визначає подальшу тактику відповідно до цього Стандарту. Лікар забезпечує безперервність курсу шляхом використання наявних запасів вакцини або ініціювання її отримання у встановленому порядку та проведення щеплень у визначені строки. Усі введені дози підлягають обов'язковому документуванню у медичній документації. Після завершення курсу ПКП лікар забезпечує оформлення та передачу заключної форми №058-2/о до ЦКПХ за місцем надання допомоги у встановленому порядку.

За наявності показань до введення АІГ, ускладненого перебігу рани або потреби у спеціалізованому втручанні пацієнт невідкладно направляється до ЗОЗ відповідного рівня. Направлення супроводжується медичною документацією або витягом із неї, що містить відомості про обставини контакту, проведені медичні заходи та введені лікарські засоби.

Про кожний випадок звернення з приводу укусу, ослинення або іншої потенційної експозиції вірусу сказу, незалежно від встановленої категорії експозиції та факту призначення ПКП, лікарем оформлюється форма №058-2/о, яка невідкладно направляється до відповідного ЦКПХ за адміністративно-територіальним принципом. У випадках, коли експозиція відбулася в іншій адміністративно-територіальній одиниці, ЦКПХ, який отримав повідомлення, забезпечує оперативне міжтериторіальне інформування ЦКПХ за місцем виникнення експозиції у встановленому порядку.

ПМД може здійснювати заходи доконтактної профілактики (далі - ДКП) відповідно до вимог цього Стандарту та чинного порядку проведення профілактичних щеплень. Призначення та проведення ДКП здійснюються з урахуванням показань, визначених розділом V цього Стандарту.

2.2.2. Обґрунтування

Ефективність профілактики сказу визначається своєчасністю початку ПКП. Залучення рівня ПМД забезпечує ранню клінічну оцінку експозиції, невідкладну місцеву обробку рани, зменшення часових затримок між контактом і початком профілактичних заходів, а також безперервність амбулаторного спостереження та завершення курсу щеплень.

2.2.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) первинна клінічна оцінка пацієнта та невідкладна місцева обробка рани або ослинених ділянок здійснюються під час звернення пацієнта відповідно до вимог цього Стандарту;
- 2) у випадках експозиції категорії II забезпечується прийняття рішення щодо проведення ПКП відповідно до цього Стандарту; за наявності умов для її проведення перша доза вакцини вводиться якомога скоріше після надання невідкладної допомоги та промивання рани, у разі їх відсутності - забезпечується невідкладне направлення пацієнта до ЗОЗ, який проводить ПКП, без необґрунтованої затримки;
- 3) у випадках експозиції категорії III забезпечується невідкладна організація направлення пацієнта до ЗОЗ відповідного рівня для проведення повного обсягу ПКП, включно з вирішенням питання щодо введення АІГ; факт направлення документується;
- 4) забезпечується безперервність курсу ПКП, у тому числі у випадках, коли він був розпочатий в іншому ЗОЗ або за межами України, шляхом організації його продовження або належної маршрутизації пацієнта для завершення курсу відповідно до цього Стандарту;
- 5) забезпечується інформування пацієнта щодо необхідності дотримання графіка вакцинації та наступних візитів.

2.3 Спеціалізована медична допомога

2.3.1. Положення стандарту медичної допомоги

ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу в умовах стаціонару (надкластерні, кластерні та загальні лікарні), забезпечують надання медичної допомоги особам, які самостійно звернулися або були направлені з приводу укусів, подряпин, ослинення тваринами, а також при можливому контакті з матеріалом, інфікованим вірусом сказу.

У межах кожної адміністративно-територіальної одиниці структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських місцевих державних адміністрацій визначаються ЗОЗ, які забезпечують цілодобову готовність до проведення ПКП відповідно до оприлюдненого переліку. Такі ЗОЗ зобов'язані забезпечувати надання антирабічної допомоги 24/7.

Інші спеціалізовані ЗОЗ не обмежуються у праві надання антирабічної допомоги, однак здійснюють її в межах установленого режиму роботи та з урахуванням можливості забезпечення повного обсягу необхідних заходів або організації невідкладного направлення пацієнта до ЗОЗ, спроможного забезпечити її проведення.

Спеціалізована медична допомога включає проведення повного клінічного огляду пацієнта з оцінкою характеру та тяжкості ушкоджень, визначення категорії експозиції відповідно до додатку 3 до цього Стандарту та прийняття рішення щодо подальшої тактики ведення. Залежно від встановленої категорії експозиції призначається та проводиться повний обсяг ПКП, зокрема із введенням АІГ у випадках експозиції категорії III.

Хірургічна обробка ран здійснюється відповідно до вимог розділу III цього Стандарту, а ПКП - відповідно до розділу IV цього Стандарту.

Курс ПКП проти сказу, як правило, проводиться в амбулаторних умовах. Госпіталізація з метою проведення щеплень допускається виключно за клінічними показаннями, зокрема у разі тяжких або множинних травм, необхідності проведення оперативного втручання, наявності виражених поствакцинальних реакцій в анамнезі, супутніх станів, що потребують медичного спостереження.

У разі якщо пацієнту показана глибока хірургічна обробка рани або інше спеціалізоване оперативне втручання, яке не може бути виконане у ЗОЗ, до якого він звернувся, забезпечується проведення всіх можливих невідкладних заходів, спрямованих на стабілізацію його стану. За наявності показань введення антирабічної вакцини здійснюється у найкоротші строки без необґрунтованої затримки. Одночасно ініціюється ургентна координація з визначеним ЗОЗ, що забезпечує надання антирабічної допомоги відповідного рівня, організовується переведення пацієнта до такого ЗОЗ. За наявності клінічної та логістичної доцільності та можливості, забезпечується залучення відповідного фахівця до місця перебування пацієнта.

Про випадок потенційної експозиції вірусу сказу оформлюється форма №058-2/о та передається до відповідного ЦКПХ за місцем надання допомоги. У разі якщо експозиція відбулася в іншій адміністративно-територіальній одиниці, ЦКПХ, який отримав повідомлення, забезпечує інформування ЦКПХ за місцем виникнення експозиції у встановленому порядку.

Особі, яка постраждала, та/або її законному представнику надається вичерпна інформація щодо можливого ризику захворювання на сказ, наслідків відмови від щеплень, доцільності та строків ветеринарного спостереження за твариною. Пацієнту надається інформаційна пам'ятка відповідно до додатку 13 до цього Стандарту.

При наданні допомоги на будь-якому рівні або при зміні тактики ПКП пацієнту видається Форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» та Інструкцію щодо її заповнення (наказ МОЗ від 14.02.2012 № 110, Зареєстровано в Міністерстві

юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974) про надану медичну допомогу із зазначенням виконаних заходів та введених лікарських засобів; у довідці можуть робитися відмітки про продовження або корекцію курсу щеплень.

2.3.2. Обґрунтування

Своєчасне та повне проведення ПКП є єдиним ефективним способом запобігання розвитку сказу. З огляду на потенційно летальний характер захворювання та необхідність введення АІГ у випадках експозиції категорії ІІІ, наявність ЗОЗ, що забезпечують цілодобову готовність до надання антирабічної допомоги, є критично важливою умовою забезпечення безперервності, своєчасності та доступності медичної допомоги.

ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу відіграють ключову роль у веденні пацієнтів із тяжкими, множинними або ускладненими ушкодженнями, а також у випадках, що потребують виконання належної хірургічної обробки ран з урахуванням вимог профілактики сказу. На цьому рівні забезпечується можливість проведення повного обсягу ПКП, включно з одночасним застосуванням антирабічної вакцини та АІГ, відповідно до встановлених алгоритмів і вимог цього Стандарту.

Укуси тварин можуть призводити до масивної крововтрати, ушкодження судин, нервів або глибоких тканин, а також супроводжуватись вираженими психоемоційними реакціями постраждалого. Спеціалізовані ЗОЗ забезпечують проведення необхідних заходів зі стабілізації стану пацієнта, надання ургентної хірургічної допомоги, знеболення, профілактики вторинних інфекційних ускладнень та, за показаннями, госпіталізацію для подальшого лікування та спостереження.

2.3.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) забезпечується надання невідкладної медичної допомоги, включно з хірургічною обробкою ран, у строки, що не призводять до затримки початку ПКП;
- 2) у випадках експозиції категорії ІІ забезпечується своєчасний початок ПКП із введенням першої дози вакцини якомога скоріше після надання невідкладної допомоги та обробки рани;
- 3) у випадках експозиції категорії ІІІ забезпечується проведення повного обсягу ПКП, включно з введенням АІГ відповідно до вимог цього Стандарту;
- 4) за відсутності антирабічної вакцини або АІГ організовується переведення пацієнта до іншого ЗОЗ без необґрунтованої затримки;

- 5) за необхідності спеціалізованого оперативного втручання, яке не може бути виконане у ЗОЗ, забезпечується стабілізація стану пацієнта та невідкладна організація його переведення до ЗОЗ відповідного рівня;
- 6) забезпечується оцінка показань до профілактики правця та, за наявності показань, її проведення відповідно до наказів, затверджених МОЗ;
- 7) забезпечується надання пацієнту довідки за формою, наведеною у додатку 12 до цього Стандарту, із зазначенням введених препаратів, дат їх введення та графіка наступних щеплень.

Розділ III. Первинна та хірургічна обробка ран (укусів)

3.1. Положення стандарту медичної допомоги

Первинна обробка ран, подряпин, саден та ослинених ділянок є невідкладним обов'язковим компонентом медичної допомоги при будь-якій потенційній експозиції вірусу сказу та здійснюється незалежно від категорії експозиції і подальшої тактики ПКП.

Первинна обробка рани здійснюється невідкладно при зверненні пацієнта незалежно від характеру ушкодження лікарями первинної медичної допомоги, лікарями приймальних відділень, лікарями-хірургами та іншими медичними працівниками в межах їх професійної компетенції. У випадках неускладнених поверхневих ушкоджень подальше ведення може здійснюватися на рівні ПМД. У разі глибоких, множинних, обширних, кровоточивих або функціонально значущих ушкоджень після проведення первинної обробки забезпечується огляд лікарем-хірургом та, за показаннями, надання спеціалізованої хірургічної допомоги або невідкладне направлення/переведення пацієнта до відповідного ЗОЗ.

Первинна обробка включає негайне механічне очищення рани шляхом ретельного промивання проточною водою з милом протягом щонайменше 15 хвилин із мінімізацією додаткової травматизації тканин. Після промивання ушкоджену ділянку просушують стерильним матеріалом та обробляють антисептичним засобом з віруліцидною активністю (повідон-йод, хлоргексидин, 70% розчин етилового спирту або інші дозволені антисептики). За потреби рана накривається стерильною пов'язкою з урахуванням необхідності забезпечення адекватного відтоку ранового вмісту та недопущення герметичного закриття.

У разі потрапляння слини на слизові оболонки або в очі проводиться їх негайне ретельне промивання проточною водою або 0,9% розчином натрію хлориду.

Хірургічна обробка ран здійснюється з урахуванням принципу максимального збереження тканин та мінімізації ризику поширення вірусу. Рутинне висікання

тканин та первинне ушивання рани протягом перших 72 годин після укусу не рекомендується.

Навіть тяжкі укушені рани переважно ведуться консервативно із забезпеченням адекватного очищення, іригації та дренивання. Вторинне накладання швів допускається за наявності показань, за відсутності ознак інфекції та за оптимальних клінічних умов, з урахуванням ризику інфекційних ускладнень та функціонального і косметичного результату.

Первинне закриття укушеної рани може розглядатися виключно за наявності чітких клінічних показань. Воно допускається у випадках необхідності негайної зупинки життєво небезпечної кровотечі шляхом перев'язки або прошивання судини, при глибоких чи множинних ранах, що потребують накладання навідних швів, а також при косметично значущих ранах обличчя за умови відсутності ознак запалення та звернення пацієнта протягом перших шести годин після травми.

У випадках експозиції категорії III перед накладанням швів проводиться ретельна інфільтрація рани АІГ. За можливості накладання швів відкладається для забезпечення оптимальної дифузії лікарського засобу. При накладанні швів слід уникати значного натягу тканин та забезпечити адекватне дренивання. Якщо шви накладені раніше, інфільтрація АІГ здійснюється без їх зняття, якщо відсутні інші клінічні показання.

Під час надання первинної та хірургічної допомоги при укушених ранах лікар здійснює оцінку ризику бактеріальних ускладнень з урахуванням локалізації, глибини, характеру ушкодження та індивідуальних факторів пацієнта. За наявності клінічних показань призначається антибактеріальна профілактика або лікування відповідно до чинних клінічних рекомендацій. Рутинне призначення антибіотиків при неускладнених поверхневих укусах без факторів ризику не рекомендується.

При наданні медичної допомоги проводиться оцінка вакцинального статусу пацієнта щодо правця. За наявності показань забезпечується проведення екстреної профілактики правця відповідно до чинних нормативно-правових актів.

3.2. Обґрунтування

Вірус сказу тривалий час зберігається у тканинах у місці інокуляції до проникнення в периферичні нервові закінчення. Ретельне механічне очищення рани з використанням мила та води значно зменшує вірусне навантаження та є одним із найбільш ефективних ранніх заходів профілактики.

Несвоєчасне або неадекватне ушивання рани може сприяти утриманню вірусу в тканинах та підвищенню ризику інфікування. Саме тому пріоритетом є очищення, іригація та дренування, а не раннє закриття дефекту.

Введення АІГ в тканини навколо рани є критично важливим при експозиціях категорії III, оскільки забезпечує локальну нейтралізацію вірусу до формування активного імунітету після вакцинації.

Укушені рани характеризуються високим ризиком бактеріальної контамінації. Мікробіологічний спектр зазвичай є полімікробним та включає аеробну і анаеробну флору, зокрема представників родів *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Clostridium*, а також грамнегативні бактерії, включаючи *Pasteurella* spp. та *Carnocytophaga canimorsus*. Ризик бактеріальних ускладнень підвищується при глибоких, колотих, розчавлених ранах, ушкодженнях кисті, обличчя, геніталій, а також у пацієнтів із супутніми захворюваннями (цукровий діабет, імунодефіцитні стани).

Антибактеріальна профілактика не призначається рутинно при всіх укусах, однак рекомендується при високому ризику інфекційних ускладнень. Лікарським засобом першої лінії є амоксицилін/клавуланат у стандартних вікових дозах протягом 3–5 днів для профілактики та 5–7 днів при клінічних ознаках інфекції. У разі алергії на β -лактами застосовуються альтернативні режими (наприклад, доксициклін у дорослих або комбінація кліндаміцину з ципрофлоксацином/котримоксазолом залежно від віку та протипоказань). Вибір лікарського засобу здійснюється з урахуванням клінічної ситуації, віку пацієнта та локальних рекомендацій щодо антибіотикорезистентності.

Окрему увагу слід приділяти профілактиці правця. Усі пацієнти з укушеними ранами підлягають оцінці вакцинального анамнезу та визначенню показань до екстреної профілактики правця відповідно до чинних нормативно-правових актів. За відсутності документально підтвердженого повного курсу імунізації або у разі прострочених бустерних доз проводиться активна або комбінована (активно-пасивна) профілактика.

3.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) невідкладна місцева обробка рани або ослинених ділянок розпочинається під час звернення пацієнта або у мінімально можливі строки та відповідає вимогам цього Стандарту;
- 2) тактика ведення рани (консервативна або хірургічна) визначається з урахуванням характеру, глибини, локалізації ушкодження та відображена у медичній документації;

- 3) первинне закриття укушеної рани застосовується виключно за клінічними показаннями з відповідним обґрунтуванням у медичній документації;
- 4) у випадках показань до введення АІГ забезпечується його локальна інфільтрація у тканини навколо рани до або під час хірургічних маніпуляцій відповідно до цього Стандарту;
- 5) забезпечується оцінка ризику бактеріальних ускладнень та показань до профілактики правця; прийняті клінічні рішення та призначення (за наявності) належним чином документуються.

Бажані:

- 6) проводиться періодичний клінічний аналіз випадків ускладнених укушених ран з метою удосконалення тактики ведення;
- 7) у ЗОЗ забезпечується підготовка медичного персоналу щодо техніки хірургічної обробки укушених ран та інфільтрації АІГ.

Розділ IV. Постконтактна профілактика

4.1. Положення стандарту медичної допомоги

Постконтактна профілактика сказу - це комплекс невідкладних медичних заходів, що здійснюються особам після потенційної експозиції вірусу сказу з метою запобігання розвитку захворювання. ПКП складається з трьох компонентів: обов'язкової місцевої обробки ушкодження відповідно до розділу III цього Стандарту, активної імунопрофілактики та пасивної імунопрофілактики (за показаннями).

ПКП не має абсолютних протипоказань. Вона може безпечно застосовуватися у дітей, вагітних жінок, осіб літнього віку та пацієнтів з імунодефіцитними станами. Алкогольне або наркотичне сп'яніння не є протипоказом до початку ПКП в тому числі і введення антирабічних імунобіологічних препаратів.

ПКП призначається на підставі оцінки категорії експозиції відповідно до критеріїв, наведених у додатках 3, 4, 5 до цього Стандарту, та є невідкладним медичним заходом при контактах категорії II та III. Алгоритм вибору тактики ПКП наведено у додатку 8 до цього Стандарту.

Антирабічна вакцина вводиться негайно після встановлення показань внутрішньом'язово у рекомендовані анатомічні ділянки відповідно до віку пацієнта (дельтоподібний м'яз у дорослих та дітей старшого віку або передньобочкова поверхня стегна у дітей раннього віку) як показано у додатку 10 до цього Стандарту.

Введення антирабічної вакцини в ділянку сідниці забороняється, оскільки існує високий ризик потрапляння лікарського засобу у підшкірну жирову клітковину, що може призвести до зниження імунної відповіді. У разі введення вакцини у сідничну ділянку така доза не зараховується та підлягає повторному введенню відповідно до цього Стандарту.

Призначення антирабічних лікарських засобів у випадках контакту, що несе ризик інфікування сказом, здійснюється незалежно від терміну, що минув після експозиції, якщо клінічні або епідеміологічні підстави свідчать про збереження ризику.

Стандартні схеми ПКП

Відлік графіка ПКП здійснюється від дати введення першої дози антирабічної вакцини, яка визначається як «День 0». Подальші дози плануються виключно з урахуванням «Дня 0», незалежно від дати травми або контакту.

Поняття «День N» використовується для позначення календарної дати наступного щеплення, що визначається шляхом відліку відповідної кількості календарних днів від «Дня 0».

Основною схемою постконтактної вакцинації в Україні є оновлений Протокол Ессен (Essen), що передбачає внутрішньом'язове введення чотирьох доз антирабічної вакцини у дні 0, 3, 7 та у період з 14 по 28 день. Для осіб з порушеннями імунітету п'яту (додаткову) дозу вводять на 28-й день (0, 3, 7, 14, 28 день). Обґрунтування призначення 5-дозової схеми має бути обов'язково відображено у відповідній медичній документації.

Альтернативною схемою є Протокол Загреб (Zagreb), який може застосовуватися у випадках, коли існують організаційні або інші непереборні обставини, що унеможливають дотримання стандартного графіка Протоколу Ессен. Протокол Загреб передбачає введення двох доз вакцини внутрішньом'язово у різні анатомічні ділянки в «День 0», з подальшим введенням по одній дозі у «День 7» та між «Днями 21–28» (2-1-1). Після проведення щеплення повинно бути забезпечене медичне спостереження протягом терміну, визначеного інструкцією про застосування відповідної вакцини. Якщо в інструкції про застосування не вказано термін спостереження, особа, якій було проведено щеплення, повинна перебувати під наглядом медичного працівника не менше 30 хвилин після вакцинації.

Внутрішньошкірне введення антирабічної вакцини

Внутрішньошкірне введення антирабічної вакцини допускається за наявності підготовленого медичного персоналу, який володіє технікою внутрішньошкірного введення вакцин.

Стандартний протокол внутрішньошкірного введення антирабічної вакцини складається з 6 доз вакцини та передбачає введення по 0,1 мл вакцини у дві різні анатомічні ділянки у «День 0», «День 3» та «День 7» відповідно до схеми, визначеної у додатку 10 до цього Стандарту.

Техніка внутрішньошкірного введення повинна забезпечувати формування характерної папули та відповідати вимогам внутрішньошкірного введення, викладеним у додатку 11 до цього Стандарту.

У випадку порушення техніки внутрішньошкірного введення (відсутність папули, підшкірне або внутрішньом'язове введення) доза вважається недійсною та підлягає повторному введенню відповідно до внутрішньом'язового протоколу.

У разі виникнення обґрунтованих вимушених обставин, зокрема відсутності антирабічної вакцини відповідної торгової назви або виробника, допускається заміна антирабічної вакцини (бренду та виробника), а також зміна шляху її введення з внутрішньом'язового на внутрішньошкірний або навпаки.

У таких випадках курс антирабічної вакцинації не розпочинається повторно, а продовжується відповідно до цього Стандарту, з урахуванням кількості раніше введених доз.

Порушення графіка постконтактної профілактики

Дотримання встановленого графіка ПКП є обов'язковою умовою формування повноцінної імунної відповіді та досягнення профілактичного ефекту. Медичні працівники повинні пояснити пацієнту необхідність суворого дотримання визначених дат введення вакцини та проводити роз'яснювальну роботу щодо неприпустимості самовільного порушення графіка.

Дотримання встановленого графіка є обов'язковим. Відхилення від графіка можливі лише у разі об'єктивних обставин та не повинні мати системного характеру.

При застосуванні Протоколу Ессен друга доза вакцини (на «День 3») повинна вводитися день у день; допустиме відхилення не повинно перевищувати 12 годин.

Третя доза («День 7») може бути введена не пізніше 10-го календарного дня від «Дня 0» включно.

Четверта доза («День 14») може бути введена не пізніше 28-го календарного дня від «Дня 0» включно.

При застосуванні Протоколу Загреб третя доза (на «День 7») може бути введена не пізніше 10-го календарного дня включно.

Четверта доза (між «Днями 21–28») повинна бути введена не пізніше 28-го календарного дня від «Дня 0».

При застосуванні внутрішньошкірної схеми дози, заплановані на «День 3», повинні вводитися день у день; допустиме відхилення не перевищує 12 годин.

Дози, заплановані на «День 7», можуть бути введені не пізніше 10-го календарного дня включно.

У разі пропуску однієї з доз антирабічної вакцини пацієнт повинен звернутися до ЗОЗ якомога раніше для продовження курсу вакцинації. Пропущена доза вводиться при першій можливості, після чого подальші дати щеплень коригуються з урахуванням фактичної дати її введення. Курс вакцинації не розпочинається заново незалежно від тривалості затримки. У випадках пропуску більше ніж однієї дози або значного відхилення від рекомендованого графіка лікар здійснює індивідуальну оцінку ризику.

Використання імунобіологічних лікарських засобів у раніше вакцинованих осіб

Особа вважається раніше вакцинованою проти сказу, якщо вона отримала щонайменше дві дози антирабічної вакцини та не має документованих станів, що можуть суттєво впливати на імунну відповідь. За наявності імунодефіцитних станів рішення щодо тактики профілактики приймається індивідуально з урахуванням клінічної ситуації.

Якщо з моменту введення останньої дози антирабічної вакцини до часу потенційної експозиції минуло менше трьох місяців, застосування антирабічних імунобіологічних лікарських засобів з метою ПКП не показано. У такому випадку проводиться належна місцева обробка рани відповідно до розділу III цього Стандарту без призначення додаткових доз вакцини або імуноглобуліну.

Якщо з моменту введення останньої дози антирабічної вакцини минуло більше трьох місяців, ПКП здійснюється за скороченим режимом вакцинації, який передбачає введення однієї дози антирабічної вакцини у «День 0» та однієї дози у «День 3» відповідно до вимог цього Стандарту. Антирабічний імуноглобулін (далі – АІГ) не застосовується. Рекомендації щодо застосування АІГ наведено у додатку 6 до цього Стандарту.

Усі рішення щодо тактики ПКП у раніше вакцинованих осіб підлягають обов'язковій фіксації у медичній документації.

Використання антирабічних препаратів у імуноскомпроментованих пацієнтів

Особи з документованими станами, що можуть супроводжуватися імунодефіцитом, підлягають індивідуальній оцінці перед прийняттям рішення щодо тактики ПКП. У таких пацієнтів імунна відповідь на введення антирабічної вакцини може бути зниженою або відсутньою, що обумовлює необхідність посиленого підходу до профілактики.

До категорії пацієнтів із потенційно клінічно значущою імуносупресією належать, зокрема, особи, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом із рівнем CD4 Т-лімфоцитів <200 клітин/мм³ у дітей віком від 5 років та дорослих або $<20\%$ у дітей до 5 років; пацієнти з іншими задокументованими первинними чи вторинними імунодефіцитними станами; особи, які отримують протиріпухлинну (цитостатичну) терапію; пацієнти протягом перших двох місяців після трансплантації органів; а також особи, які отримують імуносупресивну терапію у дозах, здатних пригнічувати імунну відповідь.

Водночас терапія глюкокортикостероїдами не вважається такою, що спричиняє клінічно значущу імуносупресію та не потребує зміни або відтермінування схеми вакцинації, якщо вона застосовується місцево, у вигляді замісної терапії, за альтернуючою схемою, 14 діб і менше незалежно від дози, або понад 14 діб у дозі, еквівалентній менше 2 мг/кг/добу преднізолону. Аналогічно не розглядається як клінічно значуща імуносупресія застосування метотрексату у дозі $\leq 0,4$ мг/кг/тиждень, азатіоприну ≤ 3 мг/кг/добу та 6-меркаптопурина $\leq 1,5$ мг/кг/добу.

У всіх осіб з ослабленим імунітетом, у яких наявність адекватної імунологічної пам'яті не може бути гарантована, ПКП проводиться за розширеним режимом. Обов'язково здійснюється належна місцева обробка рани відповідно до розділу III цього Стандарту. АІГ застосовується при ушкодженнях як III так і II категорії незалежно від попереднього вакцинального статусу. Вакцина вводиться внутрішньом'язово за схемою з п'яти доз у «Дні 0–3–7–14–28».

Таким пацієнтам рекомендована консультація лікаря-інфекціоніста у найближчі строки після початку профілактики. За можливості проводиться визначення рівня віруснейтралізуючих антитіл через 2–4 тижні після завершення курсу вакцинації з метою оцінки необхідності введення додаткових доз вакцини.

Усі рішення щодо тактики ведення імуноскомпроментованих пацієнтів підлягають обов'язковому документуванню у медичній документації.

Зберігання відкритих флаконів вакцини

Після відкриття флакона вакцина зберігається при температурі від $+2$ °C до $+8$ °C не довше 6–8 годин із дотриманням вимог холодового ланцюга та належної асептики.

З метою раціонального використання вакцини залишок лікарського засобу у відкритому флаконі протягом зазначеного часу може бути використаний для проведення ДКП особам із груп професійного ризику відповідно до вимог розділу VI цього Стандарту.

Корекція або припинення курсу постконтактної профілактики

Корекція або припинення розпочатого курсу ПКП сказу допускається виключно за наявності офіційно підтверджених результатів ветеринарного або лабораторного контролю та не може здійснюватися на підставі усних повідомлень, попередніх висновків або неофіційних джерел інформації.

Підставою для зміни тактики ПКП є офіційний письмовий висновок територіального органу Держпродспоживслужби за результатами ветеринарного спостереження за твариною, яка спричинила контакт, за умови, що така тварина залишалася клінічно здоровою протягом установленого строку спостереження. Альтернативною підставою є офіційний лабораторний звіт (протокол дослідження) акредитованої ветеринарної лабораторії щодо результатів дослідження біологічного матеріалу тварини на наявність вірусу сказу.

Рішення про зміну або припинення ПКП приймається лікарем індивідуально з урахуванням отриманих офіційних документів, характеру експозиції, клінічної ситуації та епідеміологічного ризику. Прийняте рішення підлягає обов'язковому документуванню в медичній документації.

Ветеринарне спостереження може встановлюватися лише щодо домашніх, чітко та однозначно ідентифікованих тварин, за якими можливий повноцінний клінічний контроль, що здійснюється навченим фахівцем. Спостереження не встановлюється за тваринами, які не можуть бути достовірно ідентифіковані, безпритульними тваринами, а також прирученими, але природно дикими тваринами. Строк клінічного спостереження для домашніх собак, котів та тхорів становить 10 днів. Для інших домашніх тварин, зокрема копитних, застосовується тривалість спостереження 14 днів.

Під час оцінки результатів лабораторних досліджень необхідно враховувати методологічні обмеження окремих діагностичних методів. Діагностичні тести для виявлення сказу наведено у додатку 1 до цього Стандарту. Імунохроматографічні експрес-тести (LFA) характеризуються обмеженою чутливістю та специфічністю, тому їх результати не можуть бути самостійною підставою для відміни, корекції або непризначення ПКП. Гістологічне виявлення тілець Бабеша–Негрі підтверджує діагноз сказу, однак їх відсутність не виключає інфекцію, особливо на ранніх стадіях захворювання, і не може використовуватися як єдина підстава для припинення ПКП.

У разі відсутності офіційного підтвердження безпечності тварини або за неможливості її ветеринарного контролю курс ПКП підлягає завершенню в повному обсязі відповідно до цього Стандарту.

Застосування антирабічного імуноглобуліну

АІГ є обов'язковим компонентом комбінованої ПКП за наявності показань та застосовується виключно у поєднанні з курсом антирабічної вакцинації. Використання АІГ як монотерапії без одночасного призначення вакцини є неприпустимим.

АІГ вводиться однократно в рамках одного епізоду ПКП. Введення першої дози антирабічної вакцини може здійснюватися одночасно з АІГ або безпосередньо після його застосування. У разі відсутності вакцини її введення повинно бути забезпечене якомога скоріше. Вакцина та АІГ вводяться у різні анатомічні ділянки з урахуванням принципу розмежування лімфатичних басейнів.

Введення АІГ допускається до 7-го дня включно з моменту введення першої дози вакцини незалежно від того, чи були отримані наступні дози вакцини. Після сьомого дня від «Дня 0» застосування АІГ не рекомендоване.

При цьому обмеження щодо максимально допустимого строку після укусу або ослинення для проведення ПКП, включаючи АІГ, не встановлюється; рішення приймається з урахуванням ризику інфікування та клінічної ситуації.

Проведення внутрішньошкірних проб перед введенням АІГ не рекомендоване.

Розрахунок дози АІГ здійснюється індивідуально залежно від маси тіла пацієнта та концентрації лікарського засобу. Загальний об'єм лікарського засобу визначається за формулою:

$$V = (M \times D) / K,$$

де V — загальний об'єм антирабічного імуноглобуліну (мл),

M — маса тіла пацієнта (кг),

D — рекомендована доза у міжнародних одиницях на кілограм маси тіла (МО/кг),

K — концентрація лікарського засобу, зазначена виробником (МО/мл).

Розрахована повна доза максимально інфільтрується у тканини навколо та всередину рани; за наявності залишку лікарського засобу вводиться внутрішньом'язово в іншу анатомічну ділянку, віддалену від місця введення вакцини.

Усі дії щодо введення АГ підлягають обов'язковому документуванню у медичній документації із зазначенням дози, серії лікарського засобу, способу та місця введення.

Інформація про кожний випадок потенційної експозиції вірусу сказу підлягає обов'язковому внесенню до медичної документації, оформленню за формою №058-2/о та передачі до відповідного ЦКПХ за адміністративно-територіальним принципом. У разі, якщо експозиція відбулася в іншій адміністративно-територіальній одиниці, ЦКПХ, який отримав повідомлення, забезпечує інформування ЦКПХ за місцем виникнення експозиції у встановленому порядку.

Пацієнту видається довідка встановленої форми, що наведена у додатку 12 до цього Стандарту та пам'ятка відповідно до додатка 13 до цього Стандарту із зазначенням введених лікарських засобів, дат їх введення та графіка наступних щеплень.

4.2. Обґрунтування

ПКП, проведена належним чином та у оптимальні строки, є єдиним науково обґрунтованим і клінічно доведеним методом запобігання розвитку сказу у людини. За умови своєчасного початку та завершення повного курсу ПКП формування клінічного захворювання практично повністю попереджається. Враховуючи абсолютну летальність сказу після появи клінічних симптомів, своєчасність і повнота проведення ПКП мають критичне значення.

Сказ характеризується варіабельним інкубаційним періодом, тривалість якого залежить від локалізації ушкодження, інтенсивності інокуляції вірусу, щільності іннервації ураженої ділянки та імунного статусу постраждалого. Ушкодження в ділянці голови, обличчя та шиї, а також множинні, глибокі або інтенсивно інфіковані рани асоціюються з вищим ризиком розвитку захворювання та можливим скороченням інкубаційного періоду. У дітей раннього віку ризик швидкого прогресування інфекції є вищим з огляду на анатомо-фізіологічні особливості.

Ефективність ПКП забезпечується поєднанням трьох взаємодоповнюючих компонентів: належної місцевої обробки рани, активної імунізації антирабічною вакциною та, за показаннями, пасивної імунопрофілактики АГ. Локальна інфільтрація АГ при експозиції категорії III дозволяє нейтралізувати вірус у місці його потрапляння до початку формування активної імунної відповіді, що особливо важливо при тяжких та анатомічно небезпечних ушкодженнях.

В Україні більшість випадків потенційної експозиції пов'язані із контактами з домашніми або здичавілими свійськими тваринами. Попри наявність системи планової вакцинації тварин, що здійснюється ветеринарними службами, ризик інфікування зберігається у випадках контакту з невакцинованими,

безпритульними або недоступними для ветеринарного спостереження тваринами. За відсутності можливості клінічної оцінки або лабораторного підтвердження статусу тварини вона повинна розглядатися як потенційно інфікована, а рішення про початок ПКП приймається без зволікань.

Проведення ПКП відповідно до стандартизованих схем вакцинації, із чітким дотриманням графіка введення доз, забезпечує формування достатнього рівня віруснейтралізуючих антитіл. Особливого підходу потребують особи з імуносупресивними станами, у яких можливе зниження імунної відповіді, що обґрунтовує застосування розширених схем вакцинації та використання пасивної імунопрофілактики при ширших показаннях.

ПКП повинна здійснюватися у ЗОЗ, де медичні працівники мають відповідну підготовку щодо техніки введення антирабійних лікарських засобів, правил інфільтрації імуноглобуліну, дотримання вимог холодового ланцюга та ведення можливих поствакцинальних реакцій. Належна організація маршрутизації пацієнтів і міжвідомча взаємодія з ветеринарними службами є важливими складовими системи профілактики.

Окрім безпосереднього профілактичного ефекту, своєчасне призначення ПКП має суттєве психологічне значення, оскільки знижує рівень тривоги та страху розвитку смертельного захворювання у постраждалих осіб та їхніх родин. Водночас рішення про проведення або корекцію ПКП повинно базуватися виключно на оцінці клінічного та епідеміологічного ризику, а не на суб'єктивних припущеннях чи неофіційній інформації.

4.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) рішення щодо призначення ПКП приймається на підставі визначення категорії експозиції відповідно до цього Стандарту та відображається у медичній документації із зазначенням обставин контакту та даних щодо тварини;
- 2) у випадках експозиції категорії II та III ПКП розпочинається без необґрунтованої затримки; перша доза вакцини вводиться якомога скоріше після надання невідкладної допомоги та обробки рани;
- 3) при експозиції категорії III забезпечується введення АІГ у повній розрахованій дозі відповідно до вимог додатку 7 до цього Стандарту;
- 4) схема вакцинації та інтервали між дозами відповідають вимогам цього Стандарту та належним чином документуються.

Бажані:

- 5) у ЗОЗ впроваджений локальний алгоритм маршрутизації пацієнтів із потенційною експозицією вірусу сказу;
- б) забезпечується підготовка медичного персоналу щодо техніки введення антирабічних лікарських засобів (внутрішньом'язово та внутрішньошкірно) та дотримання холодового ланцюга.

Розділ V. Ведення пацієнта зі сказом

5.1. Положення стандарту медичної допомоги

Випадок сказу має бути запідозрений, визначений та класифікований за клінічними, епідеміологічними та лабораторними критеріями відповідно до критеріїв визначення випадків інфекційних та паразитарних захворювань, що підлягають реєстрації, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509.

Клінічні критерії включають наявність гострого енцефаломієліту у поєднанні щонайменше з двома такими проявами, як зміна чутливості у місці укусу тварини, парез або параліч, спазми м'язів ковтання, водобоязнь, марення, судоми, психомоторне збудження або виражений неспокій. Лабораторне підтвердження може базуватися на виділенні вірусу сказу з клінічного матеріалу, виявленні нуклеїнових кислот вірусу у зразках біологічного матеріалу (зокрема у тканинах мозку, слині, спинномозковій рідині або біоптатах шкіри), виявленні вірусного антигену методом прямої флуоресценції або визначенні віруснейтралізуючих антитіл у сироватці крові чи спинномозковій рідині. Інтерпретація лабораторних результатів здійснюється з обов'язковим урахуванням вакцинального анамнезу та імунного статусу пацієнта. Епідеміологічні критерії передбачають наявність контакту з твариною з підозрою на сказ або лабораторно підтвердженим сказом, контакт із спільним джерелом інфікування, а також, у виняткових випадках, можливу передачу інфекції від людини до людини, зокрема при трансплантації органів.

Випадок класифікується як можливий, якщо особа відповідає клінічним критеріям, як ймовірний - якщо клінічні критерії поєднуються з епідеміологічним зв'язком, та як підтверджений - за наявності клінічних і лабораторних критеріїв.

При підозрі на сказ необхідно невідкладно організувати відбір клінічного матеріалу та його направлення до визначеної лабораторії з дотриманням вимог біологічної безпеки. За життя пацієнта можуть досліджуватися слина, спинномозкова рідина, сироватка крові, а також біоптат шкіри з потиличної ділянки. Посмертна діагностика проводиться шляхом дослідження тканин головного мозку відповідно до встановленого порядку.

При підозрі на випадок сказу у людини ЗОЗ зобов'язаний невідкладно забезпечити оформлення екстреного повідомлення про інфекційне захворювання за формою №058-2/о та його передачу до відповідного ЦКПХ за адміністративно-територіальним принципом у строки, визначені чинними нормативно-правовими актами. Повідомлення здійснюється незалежно від стадії діагностичного процесу - на етапі клінічної підозри, без очікування лабораторного підтвердження. У разі подальшого уточнення діагнозу інформація підлягає актуалізації у встановленому порядку.

Ведення пацієнтів із клінічними проявами сказу має симптоматичний та паліативний характер і спрямоване на максимальне зменшення страждання, психомоторного збудження та інших тяжких проявів захворювання. Пацієнт розміщується в окремому приміщенні з мінімізацією зовнішніх подразників, зокрема яскравого світла, шуму та руху повітря, які можуть провокувати спазми м'язів ковтання, гідрофобію, аерофобію або напади збудження.

Паліативна допомога переважно надається в умовах стаціонару із забезпеченням постійного внутрішньовенного доступу, можливості адекватної седації та, за клінічними показаннями, респіраторної підтримки у відповідності до додатку 2 до цього Стандарту. Основною метою є мінімізація страху, тривоги, болю, судом, психомоторного збудження та дихального дистресу. Забезпечується регулярна оцінка ефективності симптоматичної терапії з корекцією лікування за потреби.

У разі відмови пацієнта та/або його законного представника від госпіталізації або наполягання на виписці може бути організована амбулаторна паліативна допомога із забезпеченням належного догляду, необхідних лікарських засобів та засобів індивідуального захисту для осіб, які здійснюють догляд. При цьому медичні працівники зобов'язані надати вичерпну інформацію щодо прогнозу захворювання, цілей паліативної допомоги та очікуваного перебігу хвороби з обов'язковим документуванням прийнятих клінічних рішень.

Під час надання медичної допомоги медичні працівники застосовують засоби індивідуального захисту відповідно до ризику контакту зі слиною або іншими біологічними рідинами пацієнта. У ЗОЗ забезпечується оцінка ризику професійної експозиції та, у разі контакту високого ризику, організація ПКП сказу для медичних працівників відповідно до цього Стандарту.

Застосування експериментальних методів лікування, включно з так званими протоколами інтенсивної терапії (наприклад, Milwaukee protocol), допускається виключно за наявності окремого етичного розгляду, клінічного обґрунтування та отримання поінформованої згоди пацієнта або його законного представника відповідно до чинного законодавства України.

5.2. Обґрунтування

Сказ є гострим прогресуючим енцефаломієлітом, спричиненим вірусами роду *Lyssavirus*, який після появи клінічних симптомів практично завжди має летальний перебіг. Патогенез захворювання пов'язаний із нейротропістю вірусу, його ретроградним поширенням по периферичних нервах до центральної нервової системи та подальшим ураженням життєво важливих центрів. З огляду на відсутність доведеного етіотропного лікування, своєчасне розпізнавання випадку має ключове значення для організації належного клінічного ведення, інфекційного контролю, епідеміологічного реагування та інформування контактних осіб.

Клінічна діагностика енцефаліту є складною, оскільки ранні прояви сказу можуть бути неспецифічними та імітувати інші вірусні або аутоімунні ураження центральної нервової системи. Можливий клінічний випадок сказу у людини характеризується гострим неврологічним синдромом із переважанням проявів гіперактивності (буйна форма) або розвитком паралітичного синдрому (паралітична форма), які прогресують до коми та смерті, зазвичай унаслідок дихальної або серцевої недостатності. У більшості випадків без проведення інтенсивної терапії летальний наслідок настає протягом 7–10 днів від появи перших неврологічних симптомів.

Зважаючи на варіабельність клінічної картини та можливість атипичного перебігу, лабораторне підтвердження діагнозу є вкрай бажаним і повинно здійснюватися з використанням валідованих методів відповідно до чинних нормативних документів. Інтерпретація результатів лабораторних досліджень має проводитися з урахуванням вакцинального анамнезу та імунного статусу пацієнта.

Без належного епідеміологічного аналізу сказ може бути помилково діагностований як інший енцефаліт або гостре неврологічне захворювання. Тривалий і варіабельний інкубаційний період зумовлює ситуації, коли пацієнт не пам'ятає або не надає значення попередньому контакту з твариною. У зв'язку з цим сказ повинен обов'язково включатися до диференційного діагнозу у всіх пацієнтів із нез'ясованим гострим прогресуючим вірусним енцефалітом, навіть за відсутності чітко встановленого епідеміологічного анамнезу.

Клінічне ведення пацієнтів із підозрою або підтвердженим сказом обґрунтовано базується на принципах паліативної та інтенсивної підтримувальної терапії, спрямованої на контроль психомоторного збудження, судом, дихальних розладів та інших симптомів, що суттєво погіршують якість життя пацієнта в термінальній фазі захворювання. Враховуючи високий ризик професійної експозиції, обов'язковими є заходи інфекційного контролю та екстрене епідеміологічне

повідомлення у встановленому порядку, що забезпечує своєчасну міжвідомчу взаємодію та протиепідемічні заходи.

5.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) пацієнт із підозрою або підтвердженим сказом ізолюється в окремому приміщенні з мінімізацією зовнішніх подразників;
- 2) відбір біологічних зразків проводиться відповідно до вимог цього Стандарту, із забезпеченням належних умов зберігання та транспортування з дотриманням вимог біобезпеки;
- 3) кожний летальний випадок із підозрою на сказ підлягає лабораторному підтвердженню у визначених референс-лабораторіях із використанням відповідного біологічного матеріалу;
- 4) медичні працівники застосовують засоби індивідуального захисту відповідно до ризику експозиції; у ЗОЗ забезпечується оцінка ризику професійної експозиції та, за показаннями, проведення ПКП персоналу;
- 5) пацієнту та/або його законним представникам надається інформація щодо прогнозу, цілей лікування та перебігу хвороби; усі клінічні рішення документуються.

Бажані:

- 6) до ведення пацієнта залучається команда у складі лікаря-інфекціоніста, анестезіолога (за потреби), фахівця з паліативної допомоги, середнього медичного персоналу та психолога;
- 7) забезпечується моніторинг життєво важливих функцій (сатурація, частота дихання, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень) із використанням інфузійних насосів або шприцевих pomp для підтримання стабільного рівня седації;
- 8) забезпечується контрольована присутність членів сім'ї з дотриманням заходів інфекційного контролю, надається психологічна або духовна підтримка пацієнту та його родині; після завершення випадку рекомендовано проведення внутрішнього клінічного розбору.

Розділ VI. Доконтактна профілактика сказу

6.1. Положення стандарту медичної допомоги

Доконтактна профілактика сказу - це активна імунопрофілактика, що проводиться особам із підвищеним ризиком експозиції до вірусу сказу з метою

формування імунологічної пам'яті та спрощення подальшої тактики у разі можливого контакту.

ДКП рекомендована особам, професійна діяльність або умови життя яких пов'язані з підвищеним ризиком контакту з потенційно інфікованими тваринами або вірусом сказу, зокрема працівникам ветеринарних лабораторій, клінік та інших лабораторій, які працюють із вірусом сказу, лікарям ветеринарної медицини; мисливцям, лісникам, егерам, працівникам боєнь, таксидермістам, подорожуючим до країн неблагополучних щодо сказу, фахівцям з відлову та утримання безпритульних тварин; працівникам притулків для тварин; іншим особам, чия професійна діяльність пов'язана з регулярним ризиком експозиції.

ДКП може рекомендуватися військовослужбовцям, які виконують або готуються до виконання завдань у польових умовах із потенційним контактом із дикими або безпритульними тваринами, особливо за обмеженого доступу до своєчасної ПКП. Рішення про проведення ДКП у таких випадках приймається індивідуально з дотриманням принципів добровільності, інформованої згоди та належного медичного супроводу.

Стандартною схемою ДКП є двовізитна схема вакцинації із загальною тривалістю курсу 7 днів. Вакцина може вводитися внутрішньом'язово або внутрішньошкірно. При внутрішньом'язовому введенні застосовується одна повна імунізуюча доза у «День 0» та одна доза у «День 7». При внутрішньошкірному введенні застосовуються по дві внутрішньошкірні ін'єкції у різні анатомічні ділянки у «День 0» та «День 7» відповідно до затвердженої техніки.

За особливих обставин та для імунокомпетентних осіб віком 5 – 47 років може застосовуватися одноденна схема ДКП (у «День 0») у вигляді двох внутрішньошкірних ін'єкцій у різні ділянки або однієї внутрішньом'язової дози. Така схема може використовуватися лише за неможливості проведення стандартної двовізитної схеми та за умови подальшого введення другої дози якнайшвидше. У разі експозиції до отримання другої дози проводиться повний курс ПКП відповідно до цього Стандарту.

Особи, які зазнали експозиції протягом перших 7 днів після введення першої дози ДКП, повинні отримати повний курс ПКП, включно з введенням АІГ при контакті категорії III, оскільки в цей період не гарантується формування ефективної імунної відповіді.

Пацієнти з імунодефіцитними станами отримують стандартну ДКП із додатковою (третьою) дозою вакцини у період «День 21–28». Особи зі стабільним імунним статусом під медичним наглядом (зокрема люди, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусну терапію) оцінюються індивідуально. У разі

подальшої експозиції таким пацієнтам рекомендований повний курс ПКП, включно з введенням АІГ, незалежно від проведеної раніше ДКП.

Серологічний контроль рівня віруснейтралізуючих антитіл може проводитися особам із постійним або частим професійним ризиком експозиції для визначення необхідності бустерної дози. За відсутності можливості серологічного моніторингу допускається планове введення бустерної дози перед початком або продовженням діяльності з підвищеним ризиком.

Після проведення ДКП інформація про вакцинацію підлягає обов'язковому документуванню у медичній документації та видачі особі відповідної довідки із зазначенням схеми та дат введення.

6.2. Обґрунтування

ДКП формує імунологічну пам'ять, що дозволяє у разі експозиції уникнути введення антирабічного імуноглобуліну та застосувати скорочену схему ПКП. Наявні дані свідчать, що після завершення повного курсу ДКП імунологічна пам'ять зберігається тривалий час, а регулярні бустерні дози не є необхідними для осіб без постійного професійного ризику.

Серологічний моніторинг доцільний лише у разі збереження ризику експозиції. Пріоритетними заходами громадського здоров'я залишаються вакцинація тварин та забезпечення доступності ПКП.

6.3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) ДКП призначається на підставі оцінки індивідуального ризику експозиції та проводиться внутрішньом'язовою або внутрішньошкірною;
- 2) дотримання визначених строків введення доз забезпечується та документується у медичній документації;

Пацієнту надається довідка, що наведена у додатку 11 до цього Стандарту та пам'ятка відповідно до додатку 13 до цього Стандарту

Бажані:

- 3) проведення серологічного контролю у осіб із постійним або частим професійним ризиком експозиції кожні 1–2 роки;
- 4) раціональне використання відкритих флаконів вакцини шляхом організації групових сесій вакцинації з дотриманням вимог холодового ланцюга.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Відсоток пацієнтів з контактами категорії II–III, яким розпочато ПКП у день звернення.	
Зв'язок із нормативною базою	Ґрунтується на положеннях цього Стандарту щодо невідкладного початку ПКП після клінічної оцінки ризику.
Мета індикатора	Оцінка своєчасності початку ПКП та доступності антирабічної допомоги.
Тип індикатора	Процесний (своєчасність надання допомоги).
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів із встановленими контактами категорії II–III за звітний період
Чисельник	Кількість пацієнтів із контактами категорії II–III, яким ПКП розпочато у день звернення до ЗОЗ.
Метод розрахунку	$(\text{Чисельник} / \text{Знаменник}) \times 100\%$
Одиниця вимірювання	Відсотки (%)
Джерела даних	Форма №058-2/о, медична документація, журнали реєстрації антирабічної допомоги
Організації, відповідальні за розрахунок	ЗОЗ, що надають антирабічну допомогу, ЦКПХ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади.
Інтерпретація	Низькі значення можуть свідчити про проблеми маршрутизації, організації цілодобової допомоги або дефіцит лікарських засобів
Бажаний рівень	$\geq 95\%$
Цільовий рівень на етапі впровадження	Не встановлюється.
2. Відсоток пацієнтів з контактами категорії III, яким введено АІГ відповідно до показань	
Зв'язок із нормативною базою	Ґрунтується на положеннях цього Стандарту щодо обов'язкового застосування АІГ при експозиціях категорії III (за відсутності підстав для його незастосування).
Мета індикатора	Оцінка повноти проведення комбінованої постконтактної профілактики.
Тип індикатора	Процесний (повнота лікувальної тактики).
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів із контактами категорії III за звітний період, за виключенням

	осіб, які вважаються раніше вакцинованими відповідно до цього Стандарту.
Чисельник	Кількість пацієнтів із контактами категорії III, яким введено АІГ відповідно до вимог Стандарту.
Метод розрахунку	$(\text{Чисельник} / \text{Знаменник}) \times 100\%$
Одиниця вимірювання	Відсотки (%)
Джерела даних	Форма №058-2/о, медична документація, журнали обліку імунобіологічних лікарських засобів.
Організації, відповідальні за розрахунок	ЗОЗ, що надають антирабічну допомогу; ЦКПХ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади.
Інтерпретація	Низькі значення можуть свідчити про порушення клінічної тактики, дефіцит АІГ, проблеми логістики або неналежну оцінку вакцинального статусу пацієнта.
Бажаний рівень	$\geq 95\%$
Цільовий рівень на етапі впровадження	Не встановлюється.
3. Відсоток пацієнтів, які завершили повний курс ПКП відповідно до протоколу	
Зв'язок із нормативною базою	Ґрунтується на положеннях цього Стандарту щодо обов'язкового завершення повного курсу постконтактної вакцинації відповідно до затверджених схем (Essen, Zagreb або внутрішньошкірна схема).
Мета індикатора	Оцінка завершеності курсу ПКП, прихильності пацієнтів та ефективності організації медичного супроводу.
Тип індикатора	Процесний (завершеність профілактичного курсу).
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, яким розпочато ПКП у звітному періоді, за виключенням випадків, коли ПКП була офіційно припинена відповідно до цього Стандарту або призначена скорочена схема для раніше вакцинованих осіб.
Чисельник	Кількість пацієнтів, які завершили повний курс ПКП відповідно до призначеної схеми

	(Essen, Zagreb або внутрішньошкірної) у встановлені строки або з допустимими відхиленнями, визначеними Стандартом.
Метод розрахунку	$(\text{Чисельник} / \text{Знаменник}) \times 100\%$
Одиниця вимірювання	Відсотки (%)
Особливість розрахунку	Індикатор розраховується після настання граничної дати завершення курсу для останнього пацієнта, якому було розпочато ПКП у звітному періоді.
Джерела даних	Медична документація, журнали обліку вакцинації, електронні системи обліку щеплень (за наявності).
Організації, відповідальні за розрахунок	ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади; ЦКПХ (у частині узагальнення даних).
Інтерпретація	Низькі показники можуть свідчити про недостатню комунікацію з пацієнтами, проблеми доступності вакцинації, недоліки організації диспансерного супроводу або логістичні перебої.
Бажаний рівень	$\geq 95\%$
Цільовий рівень на етапі впровадження	Не встановлюється.
4. Відсоток випадків звернення за медичною допомогою з приводу потенційної експозиції вірусу сказу, інформація про які передана до ЦКПХ у встановленому порядку	
Зв'язок із нормативною базою	Ґрунтується на положеннях технічного регламенту з епідеміологічного нагляду та цього Стандарту щодо обов'язкового інформування ЦКПХ про випадки потенційної експозиції вірусу сказу .
Мета індикатора	Оцінка повноти та своєчасності передачі інформації для здійснення епідеміологічного нагляду, планування профілактичних заходів і розрахунку потреби в антирабійних лікарських засобів.
Тип індикатора	Процесний (епідеміологічний нагляд / звітність).
Знаменник	Загальна кількість випадків звернення з приводу потенційної експозиції вірусу сказу

	(укуси, подряпини, ослинення ссавцями або інші дії, що створюють ризик інфікування) за звітний період.
Чисельник	Кількість випадків із числа знаменника, щодо яких оформлено екстрене повідомлення та передано інформацію до відповідного ЦКПХ у встановленому порядку.
Метод розрахунку	$(\text{Чисельник} / \text{Знаменник}) \times 100\%$
Одиниця вимірювання	Відсотки (%)
Джерела даних	Журнали реєстрації антирабїчної допомоги, форма №058-2/о, звітність до ЦКПХ.
Організації, відповідальні за розрахунок	ЗОЗ; ЦКПХ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади.
Інтерпретація	Низькі показники можуть свідчити про порушення вимог епідеміологічного нагляду, неналежну організацію звітності або недостатній контроль з боку адміністрації закладу.
Цільовий рівень	$\geq 98\%$
Бажаний рівень	100%

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Сказ: клінічне ведення постраждалих від укусів тварин у випадках підозри захворювання на сказ», 2026 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 № 905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 за № 379/28509.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року № 198 «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця».

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 червня 2019 року № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3 серпня 2020 року № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 9 листопада 2015 року за № 1400/27845.

В.о. директора Департаменту

медичних послуг

Валерія СОРУЧАН

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»
(пункт 1 розділу IV)

Діагностичні тести для виявлення сказу

Вид (час тестування)	Виявлення антигену		Виявлення РНК		Виділення вірусу		Виявлення антитіл	
	Зразок ^a	Тест ^b	Зразок	Тест	Зразок	Тест	Зразок	Тест
Людина (прижиттєво ^c)	Шкіра / волосся і фолікули	FAT	Шкіра / волосся ні фолікули; слина; сльози; СМР	RT-PCR ^d	Слина; сльози; СМР	RTCIT; МІ	Сироватка; СМР	RFFIT; FAVN test; IFA; ELISA
Людина (посмертно)	Мозок; шкіра / волосся і фолікули	FAT; DRIT; ІНС	Мозок; шкіра / волосся і фолікули	RT-PCR	Мозок	RTCIT; МІ	NA	NA

Примітки: СМР - спинномозкова рідина; DRIT - прямий швидкий імуногістохімічний тест (direct rapid immunohistochemical test); ELISA - імуноферментний аналіз; FAT - прямий флуоресцентний антитільний тест (direct fluorescent antibody test); FAVN - тест нейтралізації вірусу флуоресцентними антитілами; IFA - непряма імунофлуоресценція (indirect immunofluorescence); ІНС - імуногістохімія на формалін-фіксованих зразках; МІ - тест інокуляції мишей; NA - не застосовується; RTCIT - тест інокуляції клітинної культури вірусом сказу (rabies cell culture inoculation test); RT-PCR - полімеразна ланцюгова реакція зі зворотною транскрипцією.

^a Якщо зазначено більше ніж один тип зразка, зразки, виділені жирним шрифтом, мають найвищу діагностичну чутливість.

^b Якщо зазначено більше ніж один тест, тести, виділені жирним шрифтом, є пріоритетними.

^c Позитивні результати прижиттєвих зразків є діагностичними, однак негативні результати не виключають сказ.

^d RT-PCR може виконуватися у класичному або в режимі реального часу (real-time).

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»
(пункт 1 розділу V)

Алгоритм ведення пацієнтів із підтвердженим або підозрілим сказом

Сказ є гострим вірусним енцефалітом із майже стовідсотковою летальністю після появи клінічних симптомів, оскільки на цьому етапі специфічне етіотропне лікування відсутнє. У зв'язку з цим клінічне ведення пацієнтів із підозрілим або підтвердженим сказом має бути комплексним і спрямованим насамперед на забезпечення безпеки персоналу та рідних та мінімізацію страждань хворого і включає:

- негайну ізоляцію пацієнта;
- забезпечення інтенсивної симптоматичної та паліативної терапії;
- мінімізацію ризику інфікування медичного персоналу та інших осіб;
- організацію епідеміологічного розслідування;
- визначення та профілактику можливих вторинних контактів.

У разі виникнення підозри на сказ пацієнт підлягає негайній госпіталізації до інфекційного стаціонару або до відділення інтенсивної терапії. Пацієнта розміщують за можливості в окремій, тихій та затемненій палаті, з дотриманням вимог інфекційного контролю. Усі медичні працівники, які беруть участь у наданні допомоги, зобов'язані використовувати засоби індивідуального захисту відповідно до рівня ризику контакту з біологічними рідинами пацієнта.

Ведення пацієнтів із підозрілим або підтвердженим сказом здійснюється переважно в умовах відділення інтенсивної терапії під наглядом лікаря-інфекціоніста із залученням лікаря-анестезіолога.

Одним із ключових напрямів є *постійний контроль дихальної функції*, оскільки прогресування енцефаліту супроводжується високим ризиком розвитку дихальної недостатності.

Усім пацієнтам проводиться регулярна оцінка частоти дихання, сатурації кисню, клінічних ознак гіпоксії та дихального дистресу; за наявності технічних можливостей доцільним є моніторинг газового складу артеріальної крові для своєчасного виявлення вентиляційних і метаболічних порушень.

Показаннями до забезпечення прохідності дихальних шляхів та інтубації трахеї є прогресуюче порушення свідомості, неконтрольоване психомоторне збудження з ризиком аспірації, ознаки дихальної недостатності або неможливість підтримання адекватної оксигенації.

Після інтубації пацієнт переводиться на штучну вентиляцію легень із індивідуальним підбором параметрів вентиляції відповідно до клінічного стану. Рекомендується застосування принципів захисної вентиляції легень із дихальним об'ємом 6–8 мл/кг ідеальної маси тіла та мінімально достатнім рівнем позитивного тиску для забезпечення адекватної оксигенації.

За потреби проводиться седація та, у виняткових випадках, міорелаксація для синхронізації пацієнта з апаратом штучної вентиляції легень та запобігання вираженим вегетативним реакціям.

Рішення щодо застосування інвазивної респіраторної підтримки приймається з урахуванням клінічного стану пацієнта, прогнозу захворювання та паліативних цілей лікування.

Контроль судом у пацієнтів із підозрілим або підтвердженим сказом є важливою складовою інтенсивного та паліативного ведення, оскільки судомний синдром може супроводжуватися вираженою гіпоксією, метаболічними порушеннями та додатковою травматизацією пацієнта.

У всіх випадках проводиться постійна клінічна оцінка наявності судом та їх диференціація з епізодами психомоторного збудження або рефлексорними спазмами, індукованими зовнішніми подразниками. Метою протисудомної терапії є швидке припинення судомної активності, запобігання гіпоксії, мінімізація вторинного ушкодження мозку та зниження загального метаболічного стресу.

Лікарськими засобами першої лінії є бензодіазепіни. Застосовується діазепам у дозі 0,1–0,3 мг/кг внутрішньовенно повільно (не більше 10 мг на одне введення) або лоразепам у дозі 0,05–0,1 мг/кг внутрішньовенно (максимально 4 мг). За необхідності допускається повторне введення з обов'язковою оцінкою клінічного ефекту та стану дихання.

За недостатньої ефективності проводиться терапія другої лінії із застосуванням фенітоїну у навантажувальній дозі 15–20 мг/кг внутрішньовенно повільно або вальпроату натрію у дозі 20–40 мг/кг внутрішньовенно.

У разі розвитку рефрактерного судомного синдрому можливе застосування безперервної інфузії мідазоламу у дозі 0,05–0,2 мг/кг/год або перехід до контрольованої анестезіологічної седації.

Під час тривалої седації забезпечується контроль прохідності дихальних шляхів і готовність до респіраторної підтримки.

Водночас агресивна протисудомна терапія не повинна призводити до невикорданого подовження інвазивної підтримки життя за відсутності реалістичної перспективи одужання, якщо інше не визначено узгодженим клінічним рішенням.

Седація при психомоторному збудженні є ключовим компонентом симптоматичного лікування сказу, оскільки збудження, страх, гідрофобія та аерофобія можуть провокувати тяжкі спазми, травматизацію та підвищувати ризик експозиції медичного персоналу. Рання та адекватна седація спрямована на контроль збудження, зменшення тривоги та мінімізацію реакцій на зовнішні подразники. Рівень седації підбирається індивідуально, з орієнтацією на досягнення стабільного клінічного контролю без надмірного пригнічення життєво важливих функцій.

Лікарськими засобами вибору є мідазолам у дозі 0,02–0,1 мг/кг внутрішньовенно болюсно з подальшою безперервною інфузією 0,05–0,2 мг/кг/год або пропофол у дозі 1–2 мг/кг внутрішньовенно болюсно з підтримуючою інфузією 1–4 мг/кг/год за умови забезпечення прохідності дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легень.

За недостатньої ефективності або для додаткового контролю поведінкового збудження може застосовуватися галоперидол у дозі 2,5–5 мг внутрішньовенно або внутрішньом'язово з урахуванням ризику подовження інтервалу QT.

Під час проведення седації обов'язковим є моніторинг рівня свідомості, дихання та гемодинаміки.

Седація повинна бути достатньою для профілактики травмування пацієнта та медичного персоналу, а також для запобігання провокації нападів гідрофобії й аерофобії.

Необхідно уникати частих маніпуляцій, фізичної фіксації та інших стимулів, які можуть посилювати збудження або викликати спазми.

Корекція водно-електролітних порушень є обов'язковим компонентом інтенсивного ведення пацієнтів зі сказом, оскільки внаслідок гідрофобії та дисфагії вони часто не можуть адекватно приймати рідину та нерідко госпіталізуються вже з ознаками дегідратації.

Інфузійна терапія призначається з перших годин перебування в стаціонарі з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та спрямовується на підтримання адекватної тканинної перфузії, корекцію дегідратації та метаболічних порушень.

Перевага надається збалансованим кристалоїдним розчинам, зокрема розчину Рінгера, розчину Рінгера-лактату або іншим ізотонічним збалансованим розчинам. 0,9% розчин натрію хлориду застосовується за наявності специфічних клінічних показань.

Об'єм інфузій визначається індивідуально з урахуванням гемодинамічного стану, рівня свідомості, температури тіла та показників діурезу, цільовий рівень якого має становити не менше 0,5 мл/кг/год.

Проводиться регулярний лабораторний контроль електролітів крові, рівня глюкози та кислотно-лужного стану. Гіпоглікемія підлягає негайній корекції шляхом внутрішньовенного введення 10–20% розчину глюкози з подальшим моніторингом глікемії.

Слід уникати перевантаження рідиною, оскільки надмірна інфузія може погіршувати респіраторну функцію та ускладнювати проведення седації і штучної вентиляції легень.

Підтримка гемодинаміки здійснюється шляхом регулярного моніторингу артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та клінічних ознак тканинної перфузії.

За наявності технічних можливостей доцільним є безперервний моніторинг артеріального тиску; за наявності центрального венозного доступу може оцінюватися центральний венозний тиск як додатковий показник.

У разі розвитку артеріальної гіпотензії проводиться обережна інфузійна терапія кристалоїдними розчинами з оцінкою клінічної відповіді.

Якщо інфузійна терапія є недостатньою, застосовуються вазопресорні препарати, зокрема норадреналін у вигляді безперервної внутрішньовенної інфузії з титруванням дози для досягнення цільового рівня артеріального тиску; допамін може розглядатися як альтернатива за відсутності норадреналіну або відповідного обладнання.

Під час вазопресорної підтримки забезпечується контроль периферичної перфузії, діурезу та рівня свідомості.

Інтенсивність гемодинамічної підтримки має узгоджуватися з загальними цілями лікування та паліативним підходом.

Профілактика вторинних ускладнень спрямована на мінімізацію наслідків тривалої іммобілізації, седації та проведення інтенсивної терапії.

За відсутності протипоказань застосовується фармакологічна тромбопрофілактика низькомолекулярними гепаринами у профілактичних дозах; при високому ризику кровотечі використовуються механічні методи профілактики.

Пацієнтам із факторами ризику гастроінтестинальної кровотечі призначаються інгібітори протонної помпи.

Для профілактики пролежнів забезпечується регулярна зміна положення тіла, належний догляд за шкірою та, за можливості, використання спеціальних протипролежневих поверхонь.

З метою профілактики аспіраційних ускладнень підтримується прохідність дихальних шляхів, головний кінець ліжка утримується піднятим, проводиться ретельний догляд за ротовою порожниною.

Антибактеріальні лікарські засоби не застосовуються рутинно і призначаються виключно за наявності клінічних або лабораторних ознак бактеріальної інфекції.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»
(пункт 1 розділу II)

Категорії контакту з потенційним ризиком зараження вірусом сказу

Категорія	Характер контакту
III категорія контакту (значний ризик)	Поодинокі або численні трансдермальні укуси або подряпини з виділенням крові.
	Укус дикої м'ясоїдної тварини або тварини з підозрою на сказ.
	Забруднення слизових оболонок (у тому числі очей) слиною тварини.
	Ослинення пошкодженої шкіри або будь-які укуси високоіннервованих ділянок тіла: голова, шия, кисті рук, промежина.
	Прямий контакт із кажанами або будь-які пошкодження, спричинені кажанами. (рекомендується трактувати як III категорію незалежно від наявності ушкоджень шкіри)
II категорія контакту (наявний ризик)	Ослинення пошкодженої або потенційно пошкодженої шкіри.
	Стиснення або легкі покуси відкритих ділянок шкіри тваринами без кровотечі (окрім критичних ділянок).
	Незначні подряпини або садна без кровотечі після контакту з тваринами.
I категорія контакту (відсутній ризик)	Контакт зі здоровою твариною без ослинення (дотик, годування тощо).
	Ослинення здоровою твариною за умови відсутності мікротравм або дерматологічних ушкоджень

Додаток 4

до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»

(пункт 1 розділу II)

Тактика ПКП в залежності від категорії контакту

Група / категорія	III категорія	II категорія	I категорія
Пацієнти що мають сумніви щодо надійності імунітету	Показана вакцинація та введення АІГ		Вакцинація та імуноглобулін непотрібні. Проводиться тільки обробка шкіри місць контакту
Отримав щонайменше дві дози антирабічної вакцини	Показана вакцинація по скороченому курсу по одній дозі в 0 та 3 день. АІГ не показаний		
Вакцинацію від сказу раніше не отримував	Показана вакцинація та введення АІГ	Показана вакцинація; АІГ не показаний	

Додаток 5

до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»

(пункт 1 розділу IV)

Показання для призначення ПКП

ПКП показана у всіх випадках контактів, що відповідають II або III категорії ризику відповідно до цього Стандарту, а також у спеціально визначених ситуаціях підвищеного епідеміологічного ризику.

1. Контакти з м'ясоїдними або копитними тваринами

ПКП показана при укусі, ослинненні пошкодженої шкіри або слизових оболонок м'ясоїдною або копитною твариною, якщо наявна хоча б одна з таких ознак:

- 1.1. тварина не може бути чітко та однозначно ідентифікована;
- 1.2. за твариною неможливо встановити належний ветеринарний нагляд¹;
- 1.3. наявна атипова, незвична або агресивна поведінка;
- 1.4. у тварини був можливий контакт із дикими або потенційно інфікованими тваринами протягом останніх 12 місяців;
- 1.5. відсутня документально підтверджена актуальна вакцинація проти сказу (проведена менш ніж за 12 місяців до події) або відсутній підтверджений захисний титр антитіл (визначений не пізніше ніж за 3 місяці до події).

ПКП показана незалежно від статусу тварини при укусах високоінервованих ділянок (голова, шия, кисті рук, промежина).

¹ Належний ветеринарний нагляд — це організоване та документально підтвержене клінічне спостереження за твариною, яка спричинила контакт, протягом установленого строку (10 днів для собак, котів, тхорів; 14 днів — для інших домашніх тварин), що передбачає можливість регулярної оцінки її стану уповноваженим фахівцем ветеринарної медицини або особою, відповідальною за ізоляцію, із забезпеченням недопущення контакту з іншими тваринами та людьми.

Належний ветеринарний нагляд може здійснюватися у таких формах:

1. Розміщення тварини у ветеринарному стаціонарі або іншій установі ветеринарної медицини з офіційним веденням документації спостереження.
2. Ізоляція тварини у притулку або іншій спеціалізованій установі з можливістю клінічного огляду та фіксації стану.
3. Ізоляція тварини власником за місцем утримання під особисту відповідальність із забезпеченням повної ізоляції та доступності для ветеринарного огляду, за умови документального підтвердження такого нагляду та можливості оперативного інформування у разі зміни клінічного стану тварини.

Не вважається належним ветеринарним наглядом спостереження за твариною без ізоляції, без можливості клінічного контролю або за відсутності відповідальної особи.

2. Контакти з іншими рядами ссавців (гризуни, зайцеподібні, примати, інші))

ПКП показана у разі укусу або контакту, що відповідає II–III категорії ризику, якщо тварина:

- 2.1. утримується в умовах із можливістю перебування поза приміщенням;
- 2.2. має вільний або частково вільний доступ до зовнішнього середовища;
- 2.3. могла контактувати з дикими тваринами протягом останніх 12 місяців;
- 2.4. має клінічні ознаки, сумісні зі сказом.

3. Контакти з кажанами

ПКП показана при:

- 3.1. будь-якому прямому контакті з кажаном;
- 3.2. будь-якому пошкодженні, спричиненому кажаном;
- 3.3. виявленні кажана в приміщенні, де перебували:
 - особи у стані сну;
 - малолітні діти без нагляду;
 - особи з тяжкими когнітивними порушеннями;
 - особи у стані сп'яніння;

Усі такі випадки трактуються як III категорія ризику незалежно від наявності видимих ушкоджень шкіри.

4. Контакт із твариною з підтвердженим сказом

ПКП показана у разі будь-якого ризику потрапляння слини або нервової тканини на пошкоджену шкіру або слизові оболонки, включно з ветеринарними, побутовими чи виробничими маніпуляціями.

5. Лабораторні та виробничі інциденти

ПКП показана при:

- інгаляційному ризику (печери з великою кількістю кажанів, лабораторний аерозольний інцидент);
- контакті інфекційного матеріалу (слина, тканина мозку, культуральний матеріал) з пошкодженою шкірою або слизовими оболонками;
- професійному контакті з біологічними рідинами або тканинами інфікованих тварин.

6. Контакти між людьми

ПКП показана при:

- укусі людиною, хворою на сказ;
- потраплянні слини або інших потенційно інфікованих біологічних рідин на слизові оболонки або пошкоджену шкіру;
- наданні медичної допомоги без належного захисту при контакті з інфекційними виділеннями;
- трансплантації органів або тканин від донора з підтвердженим або ймовірним сказом;
- народженні або грудному вигодовуванні від матері з підтвердженим або ймовірним сказом.

7. Харчові ризики

ПКП може розглядатися при вживанні сирого молока або недостатньо термічно обробленого м'яса від тварини з підтвердженим або ймовірним сказом. **(ризик є теоретичним, рішення приймається індивідуально з урахуванням характеру експозиції).**

Вакцинація не показана при:

1. Контактках, що відповідають I категорії ризику (дотик, годування без ослинення, ослинення гарантовано непошкодженої шкіри).
2. Укусах або подряпинах гризунів, зайцеподібних або інших дрібних ссавців без факторів ризику та без клінічних ознак сказу.
3. Вживанні гарантовано термічно обробленого молока (пастеризованого, кип'яченого) або м'яса.
4. Укусах плазунів, земноводних, риб, молюсків, а також ушкодженнях, нанесених птахами.

Рішення про призначення ПКП завжди базується на посннанні категорії контакту та епідеміологічної оцінки ризику, а не лише на виді тварини.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»
(пункт 1 розділу IV)

Рекомендації щодо застосування антирабічного імуноглобуліну

Антирабічний імуноглобулін (АІГ) застосовуються при:

- ушкодженнях III категорії;
- у пацієнтів із сумнівним імунним статусом при ушкодженнях II та III категорії.

АІГ є компонентом комбінованої постконтактної профілактики і застосовується виключно у поєднанні з курсом антирабічної вакцинації. Використання АІГ як монотерапії (без введення антирабічної вакцини) є недопустимим.

АІГ вводиться однократно.

Введення АІГ має проводитися якомога раніше, але не пізніше 7 днів з моменту введення першої дози вакцини.

У разі відсутності АІГ після надання невідкладної допомоги необхідно якомога скоріше ввести антирабічну вакцину і направити пацієнта до визначеного ЗОЗ для введення АІГ.

Наявність інфікування рани не є протипоказанням до введення АІГ.

Антирабічна вакцина має вводитися в ділянку, що належить до іншого лімфатичного басейну від місця введення АІГ (наприклад, різні кінцівки).

Не рекомендовано виконувати шкірні проби перед використанням антирабічного імуноглобуліну як кінського, так і людського.

Слід проводити інфільтрацію АІГ у краї та глибину рани, а також у м'які тканини навколо неї настільки, наскільки це анатомічно можливо, уникаючи розвитку компартмент-синдрому.

Анестетики можуть застосовуватися одночасно з введенням АІГ.

При введенні АІГ слід уникати:

- введення препарату в нерви та судини;
- розвитку компартмент-синдрому в ділянці введення.

Укуси в ділянці пальців рук і ніг, вушних раковин, носа або зовнішніх статевих органів можуть бути безпечно інфільтровані АІГ. При цьому необхідно уникати надмірного тиску у м'яких тканинах під час інфільтрації.

Якщо накладання швів необхідне, рану(и) слід спочатку ретельно інфільтрувати АІГ і, за можливості, відкласти накладання швів на кілька годин для забезпечення дифузії препарату у тканини.

При накладанні швів необхідно уникати значного натягу м'яких тканин та шкіри для забезпечення оптимальної дифузії АІГ і належного дренивання рани.

Якщо шви були накладені до введення АІГ, слід провести інфільтрацію ділянки пошкодження наявним препаратом без їх зняття.

У разі неможливості введення всієї дози АІГ у ділянку рани, залишок дози вводиться внутрішньом'язово якомога ближче до рани, наскільки це анатомічно можливо.

Внутрішньом'язове введення АІГ у стандартні ділянки може розглядатися при неможливості чіткої локалізації місця можливого проникнення вірусу, зокрема якщо:

- існує висока ймовірність наявності додаткових невеликих ран, про які пацієнт може не повідомити (наприклад, дитина або особа з когнітивними порушеннями);
- контакт був із кажаном без чітко встановленого укусу (наприклад, кажана виявили в кімнаті після сну);
- контакт відбувся без укусу (потрапляння слини на слизові оболонки або інгаляційний вплив аерозолі, що міг містити вірус).

У разі потрапляння слини тварини на слизову оболонку без видимого пошкодження первинним заходом є ретельне промивання водою або фізіологічним розчином. У виняткових випадках високого ризику (контакт із кажанами, неможливість виключити мікропошкодження, дитина, яка не може чітко локалізувати контакт) промивання слизової оболонки АІГ може бути розглянуте як додатковий захід.

Якщо рана вже загоїлася, за наявності показань АІГ вводиться у ділянку попереднього пошкодження (у зону рубця).

Розрахунок дозування АІГ

Антирабічні моноклональні антитіла застосовуються відповідно до інструкції виробника.

Загальний об'єм антирабічного імуноглобуліну визначається за формулою:

$$V = (M \times D) \div K \text{ де:}$$

V - загальний об'єм антирабічного імуноглобуліну (мл);

M - маса тіла пацієнта (кг);

D - рекомендована доза (МО/кг):

- людський АІГ - 20 МО/кг;

- кінський АІГ - 40 МО/кг;
К - концентрація препарату (МО/мл) відповідно до маркування виробника.
Заборонено перевищувати розраховану дозу АІГ.

У разі якщо об'єму АІГ недостатньо для інфільтрації всіх ран, препарат може бути розведений 0,9% розчином натрію хлориду у співвідношенні 1:2 або 1:3.

З метою раціонального використання дефіцитних ресурсів та забезпечення рівного доступу до лікування (відповідно до рекомендацій ВООЗ), у випадку одночасного звернення кількох осіб після контакту з однією твариною розраховану дозу АІГ дозволяється розподіляти між пацієнтами.

Забір препарату здійснюється в окремі стерильні одноразові шприци для кожного пацієнта з дотриманням правил асептики.

Невикористаний залишок препарату у відкритому флаконі може зберігатися виключно за умови дотримання температурного режиму (+2°C до +8°C) та захисту від світла.

Термін зберігання відкритого флакона визначається інструкцією виробника, але не може перевищувати 6–8 годин або тривалості поточної робочої зміни (залежно від того, що настане раніше). Кожен шприц і відкритий флакон повинні бути промарковані із зазначенням часу відкриття або набору препарату.

Додаток 7

до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»

(підпункт 3 пункту 3 розділу IV)

Постекспозиційна профілактика: режими введення вакцини

Протокол / дні	0 день	3 день	7 день	14 день	28 день
Внутрішньом'язове введення					
Протокол Essen	1	1	1	1	0
Протокол Zagreb (якщо немає можливості прийти на 3 день)	2 ¹	0	1	0	1 21 день) ⁴
імунокомпроментовані ⁵	1	1	1	1	1
раніше вакциновані	1	1	0	0	0
Внутрішньошкірне введення⁶					
раніше не вакциновані	2 ²	2 ²	2 ²	0	0
раніше вакциновані	1	1	0	0	0
раніше вакциновані (1 день)	4 ³	0	0	0	0

¹ Вакцина вводиться внутрішньом'язово у дві різні дозволені ділянки.

² Вакцина вводиться внутрішньошкірно в різні дозволені ділянки.

³ Вакцина вводиться в 4 різні анатомічні ділянки.

⁴ Доза може бути введена між 21 та 28 днями.

⁵ Дивись перелік станів що може впливати на імунну відповідь.

⁶ Внутрішньошкірне введення вакцини може проводитись тільки навченим персоналом саме щодо внутрішньошкірного введення лікарських засобів.

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»
(пункт 1 розділу IV)

Алгоритм вибору тактики ПКП



¹ Термін спостереження за котами, собаками та тхорами — 10 днів. Для інших тварин, наприклад копитних, рекомендовано більш консервативний строк спостереження — 14 днів.

² Напад тварини спровокований, поведінка тварини на момент огляду звичайна, тварина не мала ризику контакту з потенційно хворими на сказ тваринами останні 12 місяців.

³ Дивись пункт “Обмеження лабораторних методів діагностики” у тексті чинного порядку антирабічної допомоги.

⁴ Чітко документально підтверджений факт вакцинації проти сказу менше ніж за 1 рік до події або належного рівня антитіл до сказу менше 3 місяців до події.

Додаток 9

до Стандарту медичної допомоги
«СКАЗ»

Схема прийняття рішень щодо використання імунобіологічних препаратів



¹ Факт вакцинації має бути підтверджений відповідними документами або записом у системі ЕСОЗ.

² Критичні ділянки: голова, шия, кисті, промежина.

³ Також небезпечними вважаються контакт з ліквором, нервовими тканинами, кров'ю тварин що хворіють або вірогідно хворі на сказ.

Додаток 10

до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»

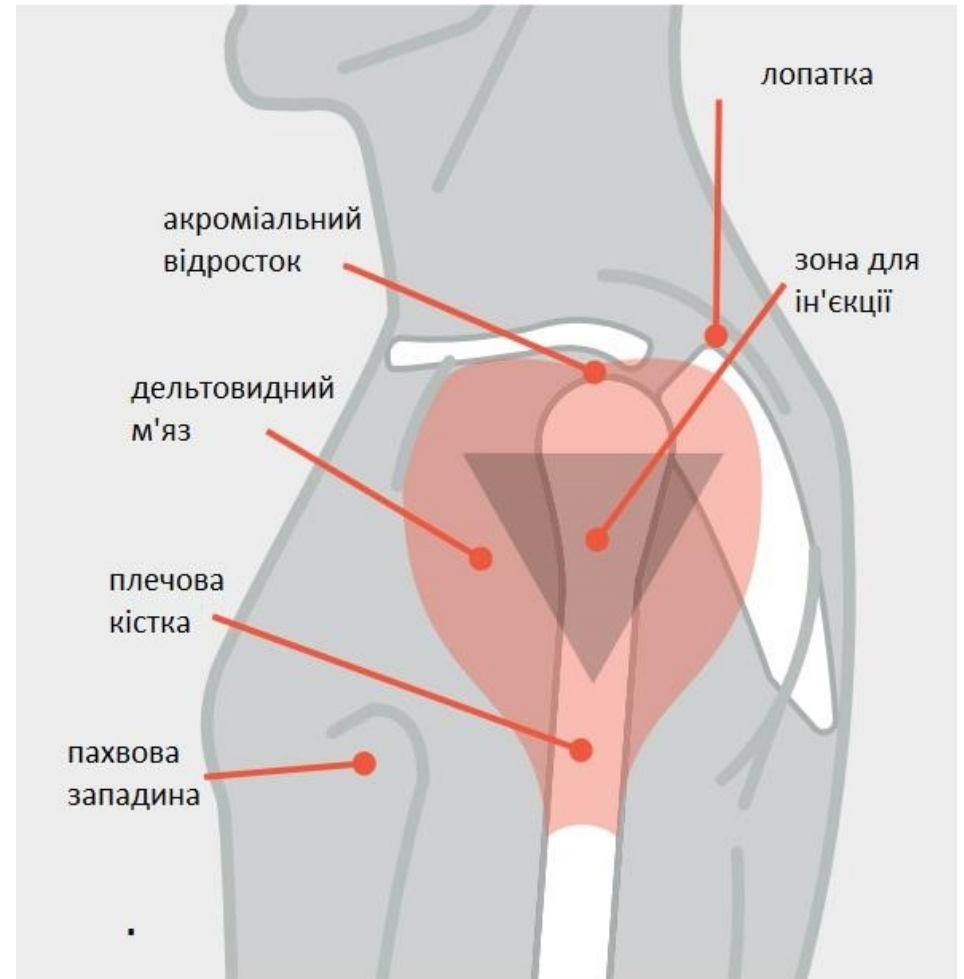
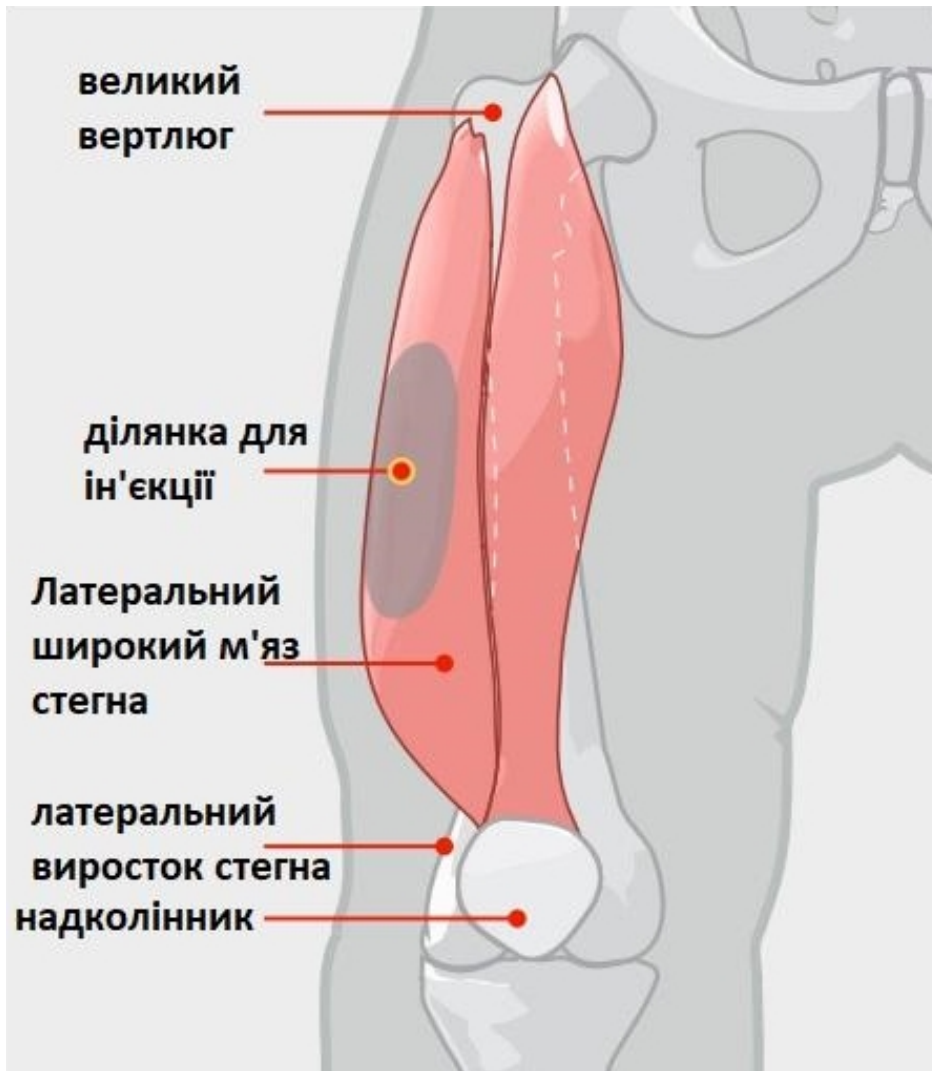
(пункт 1 розділу IV)

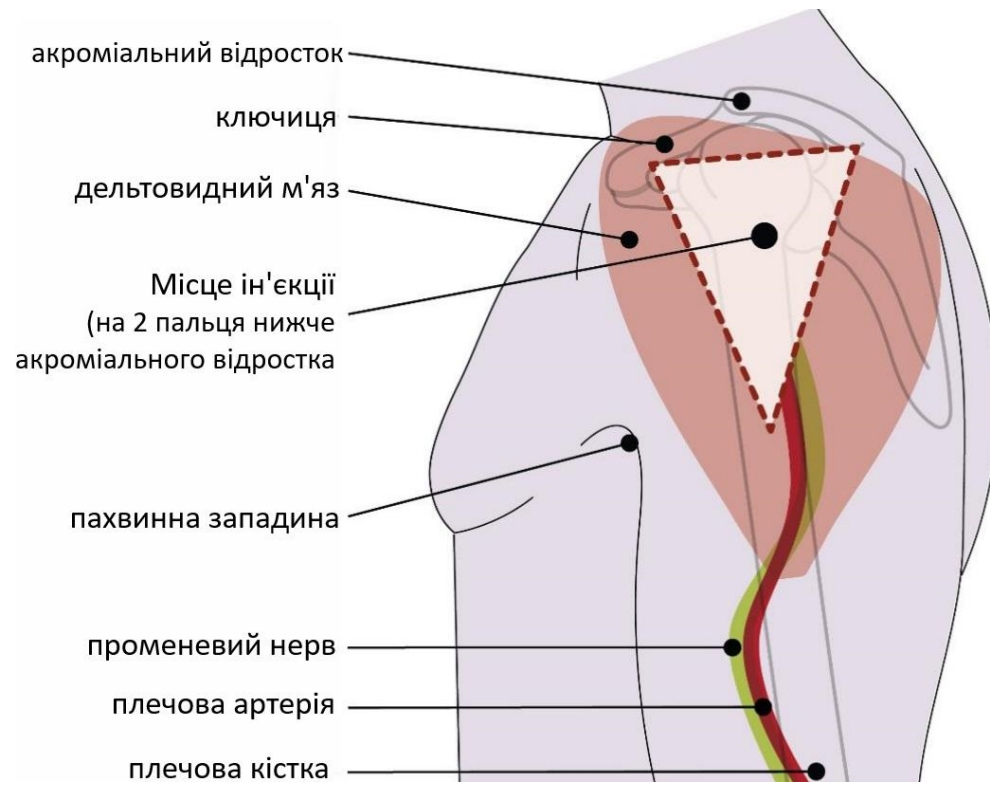
Місця введення вакцин**Вакцина внутрішньом'язово вводиться:**

- У дітей старше 2 років та дорослих у ділянку дельтоподібного м'язу.
- У дітей до 2 років: у передньо - латеральну поверхню стегна.

Внутрішньошкірно:

- у ділянку дельтоподібного м'язу;
- надлопаткову ділянку;
- передньо - латеральну поверхню стегна.





Додаток 11

до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»

(підпункт 7 пункту 3 розділу II)

Техніка внутрішньошкірного введення антирабічної вакцини**Крок 1. Підготовка та введення**

Асептично розчиніть вакцину безпосередньо перед введенням, використовуючи лише той об'єм розчинника, що наданий виробником. Заборонено використовувати інший розчинник або змінювати його кількість.

Дотримуючись

правил асептики, наберіть у шприц кількість вакцини, необхідну для введення одному пацієнту.

Для цієї маніпуляції ідеально підходять інсулінові шприци з незнімною голкою («інтегровані»), оскільки вони мінімізують втрати дороговартісного препарату у «мертвому просторі» канюлі.

Обережно видаліть всі пухирці повітря.

Техніка ін'єкції:

1. Обробіть місце ін'єкції антисептиком.
2. Натягніть поверхню шкіри.
3. Введіть кінчик голки (зрізом догори) у верхній шар шкіри (дерму), тримаючи шприц і голку майже паралельно до поверхні шкіри.

Крок 2. Контроль правильності введення

Почніть вводити вакцину. Якщо голка знаходиться в правильному положенні, відчуватиметься значний опір натисканню на поршень.

Миттєво має з'явитися піднята папула діаметром 6–8 мм, що має вигляд «апельсинової кірки».

Якщо вакцина вводиться легко або папула не утворюється, це свідчить про підшкірне (занадто глибоке) введення. У такому випадку необхідно повторити правильну ін'єкцію (поруч із попереднім місцем).

Крок 3. Утилізація та зберігання залишків

Після введення всіх доз (по 0,1 мл) одному пацієнту голку та шприц необхідно утилізувати.

Вакцину дозволяється використовувати для кількох пацієнтів - мультидозний флакон.

Для набору вакцини кожному наступному пацієнту обов'язково використовувати нові стерильні шприц і голку.

Розчинену вакцину необхідно зберігати в холодильнику при температурі від +2 °С до +8 °С та використати протягом 6 годин.

Додаток 12
до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»
(пункт 1 розділу II)

Довідка пацієнту, який звернувся з приводу укусу ссавцем

Дані щодо тварини

- дика м'ясоїдна тварина
- кажан
- безпритульна тварина
- домашня тварина
- Інша тварина _____

- копитна тварина

Категорія

- I категорія
- II категорія
- III категорія

_____ (яка саме тварина)

Діагноз: _____

Надана допомога: _____

Зворотня сторона

<u>Внутрішньом'язово</u>				<u>Внутрішньошкірно:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Протокол Essen ○ Протокол Zagreb ○ розширений Протокол Essen (5 доз) ○ скорочений протокол вакцинації 2 дози (раніше вакцинований) 				<ul style="list-style-type: none"> ○ стандартний курс (по 2 дози 0,3,7) ○ скорочений курс (по 1 дозі в 0 та 3) ○ 1 денний курс (4 дози в один день) 			
№	дата	назва	серія	№	дата	назва	серія
1				3			
2				4			

Антирабічний імуноглобулін Введений**Рекомендації:**

дата _____ прізвище та підпис лікаря _____

Додаток 13

до Стандарту медичної допомоги «СКАЗ»

(пункт 1 розділу II)

Пам'ятка пацієнту, який звернувся з приводу укусу/ослинення»**1. Чому потрібно діяти негайно?**

Сказ — це смертельно небезпечне захворювання.

Якщо симптоми вже з'явилися — хворобу вилікувати неможливо.

Пам'ятайте! Якщо вчасно звернутися до лікаря та пройти профілактику, розвитку сказу можна повністю запобігти.

2. Що потрібно зробити одразу після укусу?

Навіть якщо рана невелика або «майже не болить»:

1. Негайно промийте рану проточною водою з милом не менше 15 хвилин.
2. Обробіть краї рани антисептиком (йод, повідон-йод або інший засіб).
3. Якнайшвидше зверніться до закладу охорони здоров'я.

Не чекайте, поки з'являться симптоми. Вони можуть з'явитися через тижні або місяці.

3. Коли потрібне щеплення?

Лікар оцінить ситуацію:

- чи був укус;
- чи була пошкоджена шкіра;
- чи потрапила слина тварини на слизові оболонки (очі, рот);
- чи відома тварина та її стан.

У більшості випадків при укусах або подряпинах призначається курс щеплень проти сказу.

Якщо рани глибокі або їх багато — додатково може вводиться спеціальний захисний препарат (антирабічний імуноглобулін).

4. Чому важливо пройти весь курс щеплень?

Вакцина вводиться кілька разів за спеціальним графіком.

Важливо:

- не пропускати дози;
- не переривати курс самостійно;
- приходити на щеплення у визначені дні.

Неповний курс може не забезпечити повного захисту.

5. Що робити з твариною?

Якщо це домашня тварина і її можна спостерігати:

- повідомте лікаря, де вона знаходиться;
- тварину має оглянути ветеринар;

- за нею проводять спостереження протягом 10 або 14 днів.

Не намагайтеся самостійно відловлювати або ізолювати агресивну тварину.

6. Коли потрібно знову звернутися до лікаря?

Негайно зверніться до медичного закладу, якщо:

- рана почала гноїтися або сильно набрякла;
- з'явилася висока температура;
- виникла алергічна реакція після щеплення;
- тварина захворіла або загинула.

Пам'ятайте!

Навіть незначний укус або подряпина можуть бути небезпечними.

Сказ можна повністю попередити, якщо вчасно звернутися до лікаря.

Вакцина безпечна і є єдиним ефективним способом захисту після контакту.
