ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
24 жовтня 2014 року N 770

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
05 листопада 2014 р. за N 1392/26169

ПОРЯДОК
проведення заходів у разі виявлення хворого (підозрілого) на хворобу, спричинену вірусом Ебола

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає механізм проведення заходів у разі виявлення хворого (підозрілого) на хворобу, спричинену вірусом Ебола, закладами та установами охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, Державної санітарно-епідеміологічної служби України та спрямований на зниження ризику занесення і поширення на території України захворювань на хворобу, спричинену вірусом Ебола (далі - ХСВЕ).

2. У цьому Порядку термін "вірус Ебола" вживається у такому значенні - це вірус, що належить до роду *Ebolavirus* родини *Filoviridae* порядку *Mononegavirales*. Філовіруси (як і інші віруси порядку *Mononegavirales*) є оболонковими вірусами, геном яких представлений несегментованою однонитковою негативною рибонуклеїновою кислотою (далі - РНК). Віріони філовірусів мають характерну ниткоподібну морфологію, завдяки якій родина й отримала свою назву (від латин. *filo* - ниткоподібний). Діаметр віріонів вірусів Ебола - 80 - 100 нм, довжина значно варіює, досягаючи 14000 нм. Завдяки великому розміру та характерній морфології експрес-діагностика філовірусних інфекцій може бути здійснена методом електронної мікроскопії. Рід *Ebolavirus* складається з п'яти різних видів - Бундібугіо, Таї Форест, Рестон, Судан і Заїр.

Філовіруси чутливі до дії хімічних речовин та дезінфекційних засобів, що діють на ліпідні оболонки вірусів: β-пропіолактону, формальдегіду, гіпохлориду, фенолу, етилового спирту, ефіру, хлороформу, дезоксихолату натрію, гуанідинізотіоціанату, кислот (pH 3,0), а також до дії ультрафіолетового і гамма-випромінювань.

ХСВЕ є класичним зоонозом. Природними резервуарами вірусу Ебола в Африці вважаються фруктові кажани родини *Pteropodidae*, зокрема кажани, що належать до родів *Hypsignathus*, *Epomops* і *Myonycteris*. Віруси Ебола виявлялись і в інших видів кажанів.

Географічне поширення вірусів Ебола збігається з ареалом фруктових кажанів, поширених на території усієї Субсахарної Африки. Інші види ссавців (мавпи, лісові антилопи, дикобрази, свині тощо), які сприйнятливі до філовірусів, не вважаються їх резервуарами, а є випадковими проміжними хазяями збудника, які інфікуються через контакт зі слиною або фекаліями кажанів.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законах України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про захист населення від

інфекційних хвороб", Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Механізм зараження, шляхи та фактори передачі інфекції:

1) зараження людини в ендемічних вогнищах відбувається при контакті з кажанами (відлов, розтин, вживання в їжу) або проміжними хазяями збудника інфекції, такими як мавпи, у тому числі людиноподібні (горила, шимпанзе), лісові антилопи, дикобрази та інші ссавці. Інфікування також можливе через воду, фрукти, об'єкти довкілля, які можуть бути забруднені виділеннями цих тварин (слина, сеча, фекалії тощо);

2) передача вірусу від людини до людини може відбуватися за рахунок контактного, парентерального та вертикального механізмів передачі збудника. Не виключена можливість фекально-орального механізму передачі вірусу;

3) контактний механізм реалізується статевим шляхом та при безпосередньому контакті з хворим через посуд, предмети побуту, одяг, білизну, медичне обладнання, інструментарій, санітарно-технічні засоби, інвентар та інші об'єкти, забруднені виділеннями хворого. У цих випадках інфікування відбувається шляхом прямого контакту з контамінованими об'єктами при потраплянні вірусу на шкіру або слизові оболонки. Тому частіше хворіють особи, які мешкають з хворим в одному приміщенні (члени сім'ї), та медичний персонал при догляді за хворими;

4) реалізація парентерального механізму передачі пов'язана з проникненням збудника у кров'яне русло людини при маніпуляціях, які порушують цілісність шкіри і слизових оболонок. Цей механізм можливий за умов недотримання вимог протиепідемічного режиму, правил асептики, антисептики, особистої гігієни у закладах охорони здоров'я та призводить до виникнення внутрішньолікарняних випадків захворювань;

5) можлива вертикальна передача збудника ХСВЕ від матері до дитини під час вагітності та пологів або через материнське молоко при грудному вигодовуванні.

II. Визначення випадку хвороби, спричиненої вірусом Ебола

1. Підозрілим вважається випадок гарячкового захворювання (підвищення температури тіла до 38 - 39° С) за відсутності відомих причин гарячкового стану та за наявності будь-якого з таких епідеміологічних критеріїв:

1) перебування протягом останніх трьох тижнів (21 доба) до початку захворювання на території ендемічних районів Західної і Центральної Африки, країн, у яких відбувається передача вірусу Ебола, країн, у яких зареєстровано ймовірні або підтверджені випадки ХСВЕ;

2) встановлений факт безпосереднього контакту з хворим (реконвалесцентом) або померлим від ХСВЕ;

3) встановлений факт безпосереднього контакту з кажанами, гризунами або приматами (відлов, розтин, вживання в їжу м'яса кажанів тощо) на територіях ендемічних районів Західної і Центральної Африки, країн, в яких відбувається передача вірусу Ебола, країн, у яких зареєстровано ймовірні або підтверджені випадки ХСВЕ, або з відповідними видами ссавців, завезених на територію України з вищезазначених регіонів;

4) контакт з біологічним матеріалом хворого (кров'ю, іншими біологічними рідинами та потенційно інфікованими лабораторними зразками) при обстеженні хворого, заборі біологічного матеріалу від хворих, проведенні лабораторних досліджень на ХСВЕ;

5) наявність контакту хворого (за професійною діяльністю) із заразним матеріалом у лабораторії при проведенні досліджень вірусу (його маркерів) та/або матеріалу, підозрюваного на його вміст.

2. Ймовірним вважається випадок за наявності не менш як двох клінічних критеріїв та будь-якого з епідеміологічних критеріїв:

1) клінічні критерії:

гарячкове захворювання з ознаками інтоксикації (озноб, сильний головний біль, біль у м'язах та суглобах);

наявність геморагічного синдрому, що проявляється однією або кількома такими ознаками: геморагічні висипи на шкірі; петехії та крововиливи на слизовій оболонці ротової порожнини; кровохаркання; кривава блювота; кровотечі з носа, ясен, піхви; кров у випорожненнях (з діареєю або без); шлунково-кишкова кровотеча; будь-яка кровотеча, не пов'язана з травмою;

виражений діарейний синдром;

2) епідеміологічні критерії:

перебування протягом останніх трьох тижнів (21 доба) до початку захворювання на території країн Західної або Центральної Африки, де реєструються випадки ХСВЕ серед населення;

встановлений факт безпосереднього контакту з хворим (реконвалесцентом) або померлим від ХСВЕ;

встановлений факт безпосереднього контакту з кажанами, гризунами або приматами (відлов, розтин, вживання в їжу м'яса кажанів тощо) на територіях ендемічних районів Західної і Центральної Африки або відповідними видами ссавців, завезених на територію України із зазначених регіонів;

контакт з біологічним матеріалом хворого (кров'ю, іншими біологічними рідинами та потенційно інфікованими лабораторними зразками) при проведенні лабораторної діагностики ХСВЕ;

наявність контакту хворого (за професійною діяльністю) із заразним матеріалом у лабораторії при проведенні досліджень вірусу (його маркерів) та/або матеріалу, підозрюваного на його вміст;

наявність IgG-антитіл до вірусу при дослідженні одного зразка (критерій є необов'язковим, визначення ймовірного випадку можливе на підставі клінічних та епідеміологічних критеріїв).

3. Підтвердженим вважається будь-який підозрілий або ймовірний випадок, що отримав лабораторне підтвердження:

1) наявність віріонів, РНК або антигенів вірусу в дослідженому матеріалі (отримання негативних результатів при детекції віріонів, вірусної РНК або антигенів не виключає можливості інфекції та потребує проведення додаткових досліджень з використанням альтернативних методів),

та/або

2) наявність IgM-антитіл до вірусу,

та/або

3) сероконверсія, чотирикратне та більше підвищення або зниження титру антитіл до вірусу в парних зразках.

Під час спалаху хвороби або епідемії діагноз ХСВЕ може бути встановлено на підставі клініко-епідеміологічних критеріїв за умов лабораторного підтвердження декількох попередніх випадків захворювання.

III. Клінічна картина захворювання, спричиненого вірусом Ебола

1. Збудник потрапляє в організм через найдрібніші мікротравми на шкірі та слизових оболонках. Гематогенним шляхом вірус потрапляє в різні органи і тканини. Реплікація вірусу відбувається насамперед у печінці, нирках, надниркових залозах, лімфатичних вузлах, селезінці, яєчках, кістковому мозку, клітинах ендотелію і тканинних макрофагах різних органів. Вірус інтенсивно виділяється у складі секретів і екскретів. На початковій стадії захворювання - з кров'ю, сечею, виділеннями з носоглотки, слиною, довгий час - зі спермою. У спермі реконвалесцентів вірус виявляється протягом двох місяців, а то й довше.

2. Інкубаційний період при ХСВЕ становить від двох днів до 21 дня (частіше 4 - 16 днів). Хвороба починається гостро, супроводжується швидким підвищенням температури до 38 - 39° С, сильними фронтальними головними болями, нудотою і загальною слабкістю. У багатьох хворих одночасно розвивається сильний біль у грудях, генералізований біль у м'язах. Деякі пацієнти відзначають сильний біль в очних яблуках навіть при легкому натисканні. Відзначається набряк задньої частини глотки. Сухість у горлі нерідко викликає настільки сильний біль, що хворі відмовляються від їжі та питва. На ранніх стадіях захворювання у хворих (понад 60 %) також відзначається сильна хвороблива сухість у роті, що згодом призводить до появи тріщин і ранок на губах та язиці. Можуть спостерігатися фарингіт, кашель, кон'юнктивіт.

3. Приблизно на 3-й день захворювання у пацієнтів розвивається тяжка діарея, переймоподібні болі в животі, можливі судоми. Випорожнення зазвичай водянисті, часто містять змінені кров'яні пігменти або яскраву кров. Діарея і невпинна блювота викликають дегідратацію організму, яка виявляється у слабкому тургорі шкіри і сухості слизових оболонок.

4. На 4 - 5-й день захворювання у багатьох пацієнтів з'являється макулопапульозний висип, який з 5-го по 7-й день проявляється на обличчі, тулубі і центробіжно поширюється на зовнішні поверхні рук і ніг (іноді описується як кіроподібний). Через 3 - 4 дні може наступити лущіння.

5. Швидко прогресує геморагічний синдром, тяжкі геморагічні прояви у значної частини пацієнтів зазвичай розвиваються на 5 - 7-й день захворювання. Спостерігаються мелена, кривава блювота, кровотечі з носа, ясен, піхви, місць ін'єкцій, виникають шкірні та субкон'юнктивальні крововиливи, петехії та крововиливи на слизовій оболонці ротової порожнини. Гематурія відзначається рідко.

6. У багатьох хворих розвиваються симптоми ураження центральної нервової системи, включаючи сонливість, заціпеніння, дратівливість, агресивність та симптоми подразнення мозкових оболонок.

7. При появі кровотечі та орофарингеальних пошкоджень зазвичай хвороба закінчується летально. Смерть настає між 7-м і 16-м днем захворювання (найчастіше на 8 - 9-й день) від шоку з великою втратою крові або без неї.

IV. Порядок ізоляції хворих, осіб з підозрою на ХСВЕ та контактних осіб

1. У разі виявлення випадків ХСВЕ проводиться сортування осіб (хворих та осіб, що наразилися на небезпеку інфікування), під час якого:

1) до цільового госпіталю (інфекційного стаціонару) направляють осіб, захворювання у яких класифіковано як "ймовірний" або "підтверджений" випадок ХСВЕ та вперше виявлений на території України випадок захворювання, класифікований як "підозрілий";

2) до провізорного госпіталю направляють осіб, у яких захворювання класифіковано як "підозрілий" випадок з урахуванням наявності відповідних клінічних ознак хвороби, що не виключають ХСВЕ та епідеміологічного анамнезу (відповідно до епідеміологічних критеріїв визначення "підозрілого" випадку на ХСВЕ). При появі у хворого будь-яких ознак геморагічного синдрому (відповідно до клінічних критеріїв "ймовірного" випадку) хворого переводять до цільового госпіталю;

3) в ізолятор направляють осіб без клінічних ознак захворювання, які зазнали небезпеки зараження ХСВЕ в результаті контакту з хворими людьми (трупами), тваринами та іншими об'єктами, які можуть бути джерелами інфікування (відповідно до епідеміологічних критеріїв визначення "ймовірного" випадку ХСВЕ).

2. Термінова госпіталізація хворого на ХСВЕ здійснюється спеціалізованим транспортом з дотриманням вимог протиепідемічного режиму. Спеціалізований транспорт в обов'язковому порядку забезпечується:

1) медикаментами для надання термінової медичної допомоги та патогенетичної терапії;

2) ємностями для збору блювоти та випорожнень, якщо вони виникають під час транспортування;

3) засобами для проведення поточної дезінфекції;

4) засобами індивідуального захисту членів евакуаційної бригади;

5) засобами особистої екстреної профілактики.

3. Для виконання оперативних дій, спрямованих на локалізацію і ліквідацію вогнищ захворювань, спричинених вірусом Ебола, та надання медичної допомоги хворим (підозрілим) на ХСВЕ заклади охорони здоров'я та Державної санітарно-епідеміологічної служби України відповідно до покладених на них завдань забезпечуються відповідним обладнанням, укладками для відбору матеріалу та спеціальним захисним одягом (протичумний костюм I типу) відповідно до вимог Державних санітарних правил "Безпека роботи з мікроорганізмами I - II груп патогенності" (ДСП 9.9.5.035-99), затверджених постановою Головного державного санітарного лікаря України від 01 липня 1999 року N 35.

V. Лабораторна діагностика ХСВЕ

1. Лабораторна діагностика ХСВЕ проводиться з метою підтвердження клініко-епідеміологічного діагнозу. Дослідження біологічного матеріалу від хворих (підозрілих) на ХСВЕ здійснюється на базі спеціалізованої лабораторії державної установи "Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечнікова МОЗ України" (м. Одеса).

2. Для дослідження матеріалу від хворих (підозрілих) на наявність вірусу Ебола або антитіл до нього застосовують методи за схемою, наведеною в додатку 1 до цього Порядку:

1) електронної мікроскопії (ЕМ);

2) полімеразної ланцюгової реакції з етапом зворотної транскрипції (ЗТ-ПЛР);

3) імунохроматографії (ІХ);

4) імуноферментного аналізу (ІФА).

3. При визначенні виду матеріалу для дослідження в кожному конкретному випадку враховують стадію захворювання, стан хворого та наявні можливості лабораторної бази. Матеріалом для детекції вірусів Ебола є кров, слина, мазок з ротоглотки, сеча, грудне молоко. Проте найбільш інформативним та надійним матеріалом для діагностики є кров та її похідні (цільна кров (з ЕДТА), сироватка, плазма). При неможливості відбору зразків крові можуть використовуватись інші зразки.

4. Дослідження матеріалу на наявність віріонів, вірусної РНК та антигенів проводять з 1-го по 16-й день з моменту появи перших симптомів захворювання. IgM-антитіла можуть з'являтися вже на другу добу після появи симптомів та виявляються до 30-го, в деяких випадках - до 168-го дня після зараження. IgG-антитіла починають виявлятись у період з 6-го по 18-й день після початку захворювання і персистують протягом багатьох років.

5. У гострому періоді захворювання (до 16-го дня після появи симптомів) відбирають кров, а при неможливості її отримання - слину, мазок з ротоглотки, сечу, грудне молоко; у стадії реконвалесценції - кров (через 2 - 4 тижні після першого зразка). Якщо перший зразок крові був отриманий на початку конвалесцентної фази, другий зразок відбирають через 4 - 8 тижнів після початку захворювання або пізніше.

6. У разі необхідності проведення лабораторної діагностики при летальному випадку захворювання з підозрою на ХСВЕ для дослідження відбирають фрагмент печінки.

7. Відбір біологічного матеріалу для дослідження:

1) кров із вени відбирають в об'ємі 5 - 10 мл (доросла людина), 2 - 5 мл (дитина), 0,5 - 2 мл (немовля). Забір проводять зранку натщесерце у пробірку з 6 % розчином етилендіамінтетраоцтової кислоти (далі - ЕДТА) (у співвідношенні 1:20) та/або в суху пробірку. Рекомендовано використання вакутайнерів. Заборонено використовувати як антикоагулянт гепарин. Після відбору пробірку з ЕДТА закривають кришкою та декілька разів повертають для перемішування;

2) слину в об'ємі 1 - 1,5 мл відбирають у контейнер з широким горлом і з кришкою, що загвинчується;

3) мазок з ротоглотки відбирають стерильним тампоном обертальними рухами з поверхні глотки і мигдалин. Тампон поміщають у пробірку з 1 - 2 мл вірусного транспортного середовища, наведеного у додатку 2 до цього Порядку. При необхідності, щоб закрити пробірку, кінець аплікатора обламують;

4) сечу - середню порцію, в об'ємі не менше 10 мл, відбирають у контейнер ємністю 50 мл і більше з кришкою, що загвинчується;

5) грудне молоко - 1 - 1,5 мл відбирають у контейнер з широким горлом з кришкою, що загвинчується;

6) фрагмент печінки - матеріал об'ємом 1 - 2 $см^3$ відбирають якомога швидше після смерті хворого (не пізніше 6 годин). Голкою для біопсії печінки (N 10 або N 12) з троакаром проколюють шкіру, не доходячи до печінки. Троакар видаляють, а до біопсійної голки приєднують шприц об'ємом 10 мл і вводять її в печінку. Потім голку виймають із печінки, а матеріал видавлюють із голки за допомогою шприца в контейнер з вірусним транспортним середовищем.

VI. Відбір, упаковка та транспортування матеріалу для дослідження

1. Відбір біологічного матеріалу проводить медичний персонал лікувальної установи (цільовий госпіталь, провізорний госпіталь), куди госпіталізовано хворого, під контролем фахівця державної установи "Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечнікова МОЗ України". Медичний персонал, що здійснює відбір матеріалу, повинен мати досвід роботи, пройти спеціальну підготовку і володіти навичками роботи з інфекційним матеріалом, зараженим або підозрілим на зараження збудниками I - II груп патогенності. Усі маніпуляції з біологічним матеріалом проводять з дотриманням вимог Державних санітарних правил "Безпека роботи з мікроорганізмами I - II груп патогенності" (ДСП 9.9.5.035-99), затверджених постановою Головного державного санітарного лікаря України від 01 липня 1999 року N 35.

2. Матеріал для дослідження відбирають з дотриманням правил асептики. Використовують тільки стерильні інструменти, матеріали, лабораторний посуд, транспортні середовища, фізіологічний розчин та розчини антикоагулянтів.

3. Для транспортування зразків використовують систему потрійної упаковки, яка складається з первинного контейнера (зі зразком біологічного матеріалу), що герметично закривається, вторинної упаковки (герметичний металевий або пластиковий контейнер) і зовнішнього термоізолювального контейнера.

4. Забір матеріалу та упаковка первинних контейнерів із зразками матеріалу у вторинну упаковку здійснюються в боксованій палаті медичними працівниками, одягнутими у протичумний костюм I типу, доповнений другою парою рукавичок. Упакований матеріал передається до передбоксу, де здійснюється кінцеве пакування - розміщення вторинного контейнера у зовнішній контейнер. Упакований матеріал через передбокс передається за межі госпіталю для подальшого його транспортування до лабораторії.

5. До моменту доставки у спеціалізовану лабораторію слід забезпечити зберігання відібраного біологічного матеріалу з додержанням температурного режиму 4 - 8° С не більше 24 годин. Забороняється заморожувати зразки, оскільки заморожування-відтавання може призвести до отримання псевдонегативних результатів при лабораторних дослідженнях.

6. Транспортування здійснюється спеціально виділеним транспортом у присутності двох супроводжуючих осіб, одна з яких є медичним працівником, з дотриманням вимог протиепідемічного режиму.

7. При відборі, упаковці та транспортуванні матеріалу необхідно дотримуватись таких правил:

1) ємності перед внесенням до них матеріалу промаркувати, зазначивши прізвище, ініціали та номер історії хвороби, тип зразка і дату відбору;

2) щільно закривати ємності з біологічним матеріалом одразу після відбору, не торкаючись внутрішніх поверхонь. Слід використовувати ємності з кришками, що щільно закриваються або загвинчуються;

3) під час відбору матеріалу не допускати його розбризкування, створення аерозолю та забруднення (контамінації) біологічним матеріалом зовнішніх поверхонь ємностей для зразків, робочих поверхонь, супровідних документів тощо;

4) при потраплянні біологічного матеріалу на оточуючі предмети накласти на забруднену (контаміновану) поверхню серветку (паперовий рушник), добре змочену дезінфекційним розчином, та після відповідної експозиції видалити серветку в ємність для відходів для подальшого знезараження;

5) знезараження інструментів і матеріалів проводити відразу після їх використання. Для дезінфекції колючих та ріжучих інструментів (голки, скарифікатори, наконечники тощо) використовувати спеціальні контейнери для гострих відходів;

6) первинний контейнер, у якому знаходиться зразок, щільно закрити та протерти серветкою, змоченою дезінфекційним розчином. Кришку контейнера закріпити лейкопластиром. Контейнер обернути абсорбуючим матеріалом, здатним поглинути усю рідину у разі пошкодження контейнера або витоку, помістити в поліетиленовий пакет (бажано із застібкою) та розмістити всередині водонепроникного контейнера (вторинна упаковка). Вторинна упаковка може вміщувати декілька первинних контейнерів зі зразками;

7) зовнішню поверхню вторинної упаковки протерти серветкою, змоченою дезінфекційним розчином, і передати до передбоксу;

8) упакований матеріал (вторинну упаковку) помістити у термоконтейнер, простір якого попередньо заповнити охолодженими холодовими елементами (перед використанням холодові елементи зберігають не менше 12 годин при температурі мінус 18 - 20° С). Всередину зовнішньої упаковки вкласти один примірник направлення на дослідження, а ззовні вказати адреси відправника і одержувача. Контейнер опечатати;

9) при використанні автомобільного холодильника вторинну упаковку перенести до автомобіля (в контейнері для перенесення всередині установи) та розмістити у холодильнику, куди також вкласти один примірник направлення на дослідження. Холодильник опечатати;

10) транспортувати зразки у вертикальному положенні, уникати збовтування;

11) забезпечити доставку в спеціалізовану лабораторію зразків якомога швидше після відбору (протягом 24 годин);

12) передачу біологічного матеріалу співробітнику спеціалізованої лабораторії оформити актом прийому-передачі за формою, наведеною в додатку 3 до цього Порядку.

VII. Особиста екстрена профілактика ХСВЕ

1. Засоби особистої екстреної профілактики використовуються у випадках:

1) контакту з хворим (підозрілим) на ХСВЕ або біологічними рідинами хворого без застосування засобів індивідуального захисту;

2) використання неефективних засобів індивідуального захисту, що не забезпечили належний рівень захисту;

3) виникнення аварійної ситуації при роботі у вогнищі ХСВЕ або дослідженні біологічного матеріалу.

2. У вищезазначених випадках слизові оболонки рота, носа обробляють 0,05 % розчином $KMnO_4$, очі промивають 1 % розчином борної кислоти, ротову порожнину додатково промивають 70-градусним спиртом або 1 % розчином борної кислоти.

3. За відсутності вказаних препаратів або при алергії на них слизові оболонки промиваються водою.

VIII. Лікування хвороби, спричиненої вірусом Ебола

1. Хворих на ХСВЕ розміщують у палатах інтенсивної терапії бажано з негативним тиском та індивідуальною витяжною вентиляцією, що запобігає внутрішньолікарняному поширенню інфекції.

2. При лікуванні мінімально використовують травмуючі шкіру процедури, зокрема обмежують внутрішньом'язове введення препаратів.

3. Етіотропна терапія не розроблена. Введення рибавірину не ефективно.

4. Введення сироватки перехворілих людей також не дає профілактичного і терапевтичного ефектів.

5. Основне значення має патогенетична терапія. Проводиться комплекс заходів, спрямованих на боротьбу із зневодненням, геморагічним синдромом. У випадку приєднання вторинної бактерійної інфекції призначають антибіотики.

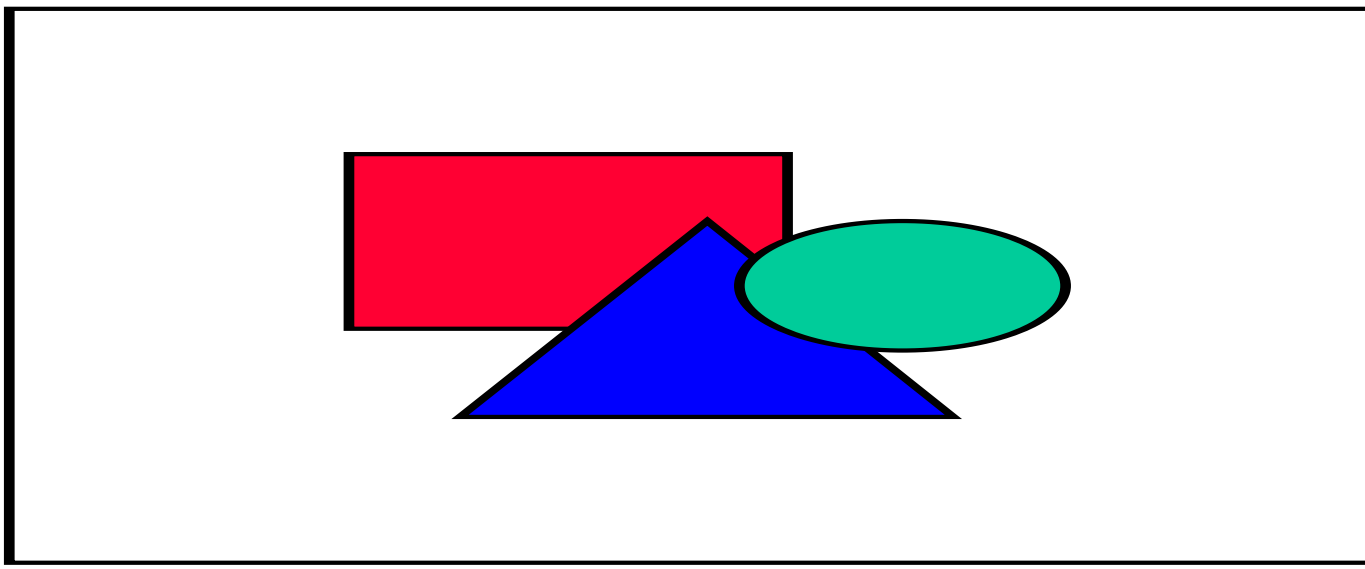
6. У випадку тяжкого перебігу ХСВЕ надання допомоги здійснюється відповідно до протоколів лікування невідкладних станів.

Директор Департаменту медичної допомоги **С. Г. Хотіна**

Начальник Управління громадського здоров'я **А. А. Григоренко**

Додаток 1
до Порядку проведення заходів у разі виявлення хворого (підозрілого) на хворобу, спричинену вірусом Ебола (пункт 2 розділу V)

Матеріали і методи дослідження при лабораторній діагностиці ХСВЕ



Додаток 2
до Порядку проведення заходів у разі виявлення хворого (підозрілого) на хворобу, спричинену вірусом Ебола (підпункт 3 пункту 7 розділу V)

Середовища для транспортування біологічного матеріалу

З метою попередження висихання біологічного матеріалу під час зберігання і транспортування використовують будь-яке комерційне або виготовлене в лабораторії вірусне транспортне середовище.

Вірусне транспортне середовище

Розчин Хенкса	- 86 мл
10 % розчин бичачого альбуміну (фракція V у дистильованій воді)	- 10 мл
5,6 % об/маса розчину $NaHCO_3$ у дистильованій воді (потрібен для підтримання нейтрального pH)	- 1,5 - 2,0 мл
Розчин пеніциліну (10^4 МО/мл) і стрептоміцину (10 мг/мл) у фосфатному буферному розчині (ФБР)	- 1 мл
Ністатин (2500 МО/мл в ФБР)	- 1 мл
0,4 % фенол червоний у дистильованій воді	- 0,5 мл
	- 100 мл

Середовище ВА-1, pH 7,6

Середовище 199

Бичачий сироватковий альбумін - 1 %

Na_2CO_3 - 350 мг/л

Пеніцилін - 100 од/мл

Стрептоміцин - 100 мг/л

Амфотерицин - 1 мг/л

Тріс (гідроксиметиламінометан) - 0,05 моль/л

Транспортне середовище для доставки клінічних матеріалів

Пептонний бульйон (2,5 % розчин)

Альбумін бичачий, V фракція - 1 %

Амфотерицин - 50 од/мл

Гентаміцин - 100 од/мл

Транспортне середовище N 2 (ВТС-N 2)

Дистильована вода

Сахароза - 0,218 М

KH_2PO_4 - 0,0038 М

K_2HPO_4 - 0,0072 М

Бичачий сироватковий альбумін - 1 %

Після приготування вірусне транспортне середовище стерилізують фільтрацією (фільтри з порами 220 нм) і розливають у пробірки з кришками, що загвинчуються, в об'ємі, достатньому для повного занурення мазків або зразків тканин. До використання вірусне транспортне середовище зберігають у замороженому стані.

Додаток 3
до Порядку проведення заходів у разі виявлення хворого (підозрілого) на хворобу, спричинену вірусом Ебола
(підпункт 12 пункту 7 розділу VI)

АКТ
прийому-передачі матеріалу, зараженого або підозрілого на зараженість вірусом Ебола

"___" _____ 201_ р.

Ми, що нижче підписалися, П. І. Б: _____
Посада: _____
Установа: _____
П. І. Б: _____

Посада: _____,
ДУ "Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечнікова МОЗ України",

склали цей акт про те, що
_____
(найменування підрозділу і установи)
_____
передано, в *лабораторію індикації особливо небезпечних біологічних патогенних агентів ДУ "Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечнікова МОЗ України"* прийнято матеріал:

упаковка _____
опечатування _____
умови транспортування _____
маркування на упаковці _____
найменування матеріалу _____
_____
кількість _____ ємність _____
цілісність _____
маркування _____
час доставки в лабораторію _____
наявність супровідних документів _____

Акт підписали:

Передав:
П. І. Б. _____
Посада _____
Підпис _____

Прийняв:
П. І. Б. _____
Посада _____
Підпис _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
24 жовтня 2014 року N 770

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
05 листопада 2014 р. за N 1393/26170

ПОЛОЖЕННЯ
про Оперативний штаб Міністерства охорони здоров'я України з локалізації та ліквідації спалаху хвороби, спричиненої вірусом Ебола

1. Оперативний штаб Міністерства охорони здоров'я України (далі - Оперативний штаб) створюється на центральному рівні в разі виявлення на території України хвороби, спричиненої вірусом Ебола (далі - ХСВЕ) або загрози завезення та поширення ХСВЕ у складі посадових осіб Міністерства охорони здоров'я України, Державної санітарно-епідеміологічної служби України, представників інших центральних органів виконавчої влади, Національної академії медичних наук (за згодою), науково-дослідних установ МОЗ України.

Оперативний штаб є консультативно-дорадчим органом, утвореним Міністерством охорони здоров'я України з метою розробки та організації дій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та закладів охорони здоров'я, що направлені на попередження розповсюдження ХСВЕ.

2. Оперативний штаб у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України, іншими актами законодавства України та цим Положенням.

3. Основними завданнями Оперативного штабу є:

1) розробка оперативного плану дій, спрямованих на попередження розповсюдження ХСВЕ;

2) інформування про ситуацію, що склалася, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби України, Експертної групи Міністерства охорони здоров'я України з питань Міжнародних медико-санітарних правил, склад якої затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 липня 2014 року N 503 "Про утворення Експертної групи Міністерства охорони здоров'я України з питань Міжнародних медико-санітарних правил";

3) організація та координація заходів з локалізації та ліквідації осередку ХСВЕ;

4) підготовка рекомендацій стосовно вирішення проблемних питань щодо попередження розповсюдження ХСВЕ;

5) здійснення комунікацій із засобами масової інформації та проведення роз'яснювальної роботи.

4. Оперативний штаб відповідно до покладених на нього завдань:

1) готує пропозиції та рекомендації з питань, що належать до його компетенції;

2) вносить у разі потреби на розгляд центральних органів виконавчої влади розроблені за результатами своєї роботи пропозиції та рекомендації;

3) бере участь у розробленні нормативно-правових актів з питань попередження розповсюдження ХСВЕ.

5. Оперативний штаб має право:

1) одержувати в установленому порядку від центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій інформацію, необхідну для виконання покладених на нього завдань;

2) залучати до участі у своїй роботі представників центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій (за погодженням з їх керівниками), а також незалежних експертів (за згодою).

6. Оперативний штаб утворюється у складі голови, заступника голови, секретаря та членів Оперативного штабу.

Персональний склад Оперативного штабу формує та затверджує Міністерство охорони здоров'я України.

Головою Оперативного штабу є один із заступників Міністра охорони здоров'я України.

7. Формою роботи Оперативного штабу є засідання, що скликаються його головою в разі потреби.

Засідання Оперативного штабу веде його голова, а у разі його відсутності - заступник голови.

Підготовка матеріалів для розгляду на засіданні Оперативного штабу забезпечується секретарем Оперативного штабу.

Засідання Оперативного штабу вважається правомочним, якщо на ньому присутні більше половини його членів.

8. На своїх засіданнях Оперативний штаб готує пропозиції та рекомендації з питань, що належать до його компетенції.

Пропозиції та рекомендації вважаються схваленими, якщо за них проголосувало більше половини присутніх на засіданні членів Оперативного штабу.

У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос головуючого на засіданні.

Пропозиції та рекомендації оформлюються протоколом засідання, який підписується головуючим на засіданні та секретарем і надсилається усім членам Оперативного штабу.

Член Оперативного штабу, який не підтримує пропозиції (рекомендації), може викласти у письмовій формі свою окрему думку, що додається до протоколу засідання.

9. Пропозиції та рекомендації Оперативного штабу можуть бути реалізовані шляхом прийняття Міністерством охорони здоров'я України наказу, проект якого вносить Оперативний штаб.

10. В адміністративно-територіальних одиницях утворюються оперативні штаби при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

11. Оприлюднення інформації про прийняті накази МОЗ України за результатами роботи Оперативного штабу здійснюється на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України з урахуванням вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06 травня 2014 року N 299 "Про організацію виконання Закону України "Про доступ до публічної інформації" у Міністерстві охорони здоров'я України", зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 травня 2014 року за N 557/25334.

12. Матеріально-технічне забезпечення засідань Оперативного штабу здійснюється МОЗ України.

Начальник Управління
громадського здоров'я **А. А. Григоренко**