



## АЛГОРИТМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ (В ТОМ ЧИСЛЕ НА ДОМУ) ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С ОРИ, ВКЛЮЧАЯ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

### Версия 2.0 (07.09.2020)

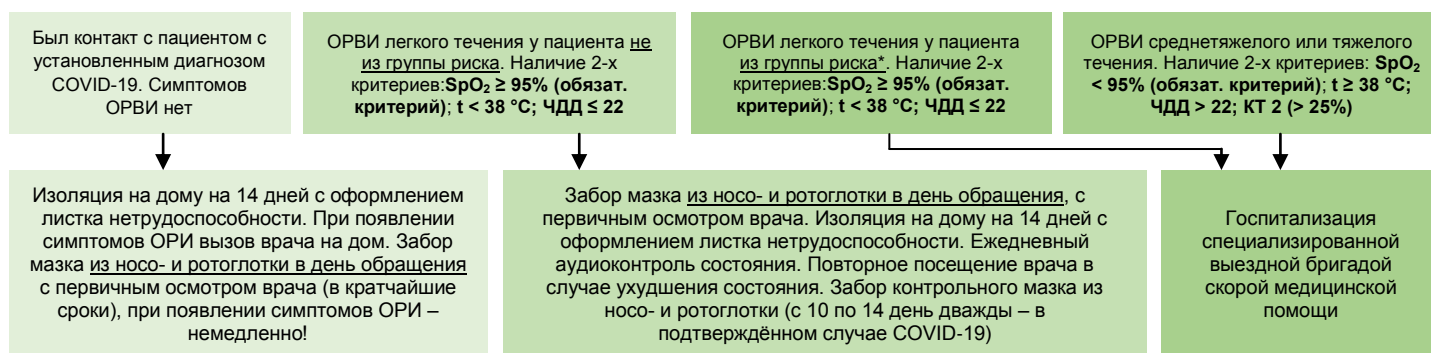
#### СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ COVID-19

ЛЕГКАЯ	СРЕДНЯЯ	ТЯЖЕЛАЯ	КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ
t < 38 °С, кашель, слабость, боль в горле <u>при отсутствии критериев более тяжелого течения</u>	t ≥ 38 °С, ЧДД > 22/мин., одышка при физ. нагрузке, изменения при КТ 1-2, SpO <sub>2</sub> < 95%, СРБ сыв. крови > 10 мг/л	ЧДД > 30/мин., SpO <sub>2</sub> ≤ 93%, PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≤ 300 мм.рт.ст., снижение уровня сознания, агитация, САД < 90 мм.рт.ст. или ДАД < 60 мм.рт.ст., диурез менее 20 мл/час, изменения при КТ 3-4, лактат арт. крови > 2 ммоль/л, qSOFA > 2 баллов	стойкая t > 38 °С, ОРДС, ОДН с необходимостью респираторной поддержки, септический шок, полиорганная недостаточность, изменения при КТ 4 или ОРДС

КТ-1 (минимальный) - менее 25% объема легочной ткани, КТ-2 (средний) - 25-50%, КТ-3 (значительный) - 50-75%, КТ-4 (субтотальный) - ≥ 75%. Показания к КТ: первичная оценка состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания; дифференциальная диагностика выявленных изменений; медицинская сортировка и оценка динамики процесса при среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания.

**ВАЖНО!** Данные лучевого исследования не заменяют результаты обследования на ПНК SARS-CoV-2. Отсутствии изменений при КТ не исключают наличие COVID-19 и возможность развития пневмонии после проведения исследования. При отсутствии симптомов и легком течении ОРВИ применение рентгенографии, компьютерной томографии и УЗИ не рекомендуется. МРТ и УЗИ не являются стандартными процедурами, и не заменяют КТ.

#### Варианты действий медицинских работников на амбулаторном этапе (в том числе на дому), у пациентов с ОРИ



**Подлежат госпитализации вне зависимости от степени тяжести:** Пациенты, относящиеся к группе риска (65+, при наличии: АГ; ХСН; онкологических заболеваний; гиперкоагуляции; ДВС-синдрома; ОКС; СД; болезни двигательного нейрона; цирроза печени; длительном приеме ГК и биологической терапии по поводу воспалительных заболеваний кишечника; ревматоидного артрита; пациенты, получающие гемодиализ или перитонеальный диализ; пациенты с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. с ВИЧ-инфекцией без антиретровирусной терапии; получающие химиотерапию); Пациенты, проживающие в общежитии, многоквартирной квартире, с лицами старше 65 лет, с лицами, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Медицинская помощь пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться на дому в случае отсутствия клинических проявлений заболеваний или легком течении заболевания (t тела < 38,0 °С, ЧДД ≤ 22 в мин., SpO<sub>2</sub> ≥ 93%). Пациент с легким течением заболевания должен быть проинформирован медицинским работником о необходимости вызова врача или бригады скорой медицинской помощи при ухудшении самочувствия (t тела > 38,0 °С, появление затрудненного дыхания, одышки, появление или усиление кашля, SpO<sub>2</sub> < 93%), а также о возможных способах обращения за медицинской помощью

**АМБУЛАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ. Мониторинг температуры тела** (ежедневно минимум 2 раза в день в утренние и вечерние часы); особого внимания требуют эпизоды повторного повышения t тела после нормализации в течение 1 и более суток. **Мониторинг ЧДД** оценивается ежедневно, в случае увеличения ЧДД необходимо ориентироваться не только на стандартные нормальные значения показателя, но и на прирост показателя в сравнении с исходным ЧДД. При развитии или нарастании признаков дыхательной недостаточности необходимо тщательно контролировать SpO<sub>2</sub>. При ЧДД ≥ 22 в минуту при лечении на дому необходимо решать вопрос о госпитализации пациента в стационар.

Пациент с положительным результатом теста на COVID-19 подлежит госпитализации: при средней, тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести заболевания (критерии тяжести – в таблице «Степень тяжести COVID-19»); при сохранении в период амбулаторного лечения t ≥ 38,0 °С на протяжении 3 дней и более; вне зависимости от высоты температуры, при наличии ЧДД ≥ 22 в минуту и/или SpO<sub>2</sub> < 93%; при легком течении заболевания у лиц старше 65 лет (нахождение в «группе риска»); при симптомах ОРИ в сочетании с ХСН или СД, или БА, или ХОБЛ, или беременностью (нахождение в «группе риска»); при совместном проживании с лицами из группы риска.

\* К «группе риска» относят: лиц старше 65 лет; лиц с наличием хронических заболеваний бронхолегочной, сердечно-сосудистой, эндокринной системы, системными заболеваниями соединительной ткани, хронической болезнью почек, онкологическими заболеваниями, иммунодефицитами, болезнями двигательного нейрона, циррозом печени, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника.

#### Медикаментозная профилактика на амбулаторном этапе в зависимости от клинической ситуации

Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)	Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников
<p><b>СХЕМА 1.</b> Рекомбинантный ИФН-α, капли или спрей в каждый носовой ход 1 раз утром (разовая доза – 3000 МЕ с интервалом 24-48 часов, ИЛИ</p> <p><b>СХЕМА 2.</b> Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение трех недель</p>	<p><b>СХЕМА 1.</b> Гидроксихлорохин 1-й день: 200 мг 2 раза (утро, вечер), далее по 200 мг 1 раз в неделю в течение 3 недель, ИЛИ</p> <p><b>СХЕМА 2.</b> Рекомбинантный ИФН-α, капли или спрей в каждый носовой ход 2 р/сут (разовая доза 3000 МЕ, суточная доза – 6000 МЕ) + Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней</p>

Антибактериальная терапия назначается только при наличии убедительных признаков присоединения бактериальной инфекции (повышение прокальцитонина более 0,5 нг/мл, лейкоцитоз > 10×10<sup>9</sup>/л, появление гнойной мокроты). При легких формах антибиотикотерапия не назначается. В амбулаторной практике по показаниям допустимо назначение азитромицина, 250 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней.



## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ (В ТОМ ЧИСЛЕ НА ДОМУ) ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОРИ, ВКЛЮЧАЯ COVID-19

Клиника ОРИ:  $t > 37,5$  °С, + хотя бы один из следующих признаков: кашель (сухой / скудная мокрота); одышка; ощущение заложенности в грудной клетке;  $SpO_2 \leq 95\%$ ; боль в горле; заложенность носа или умеренная ринорея; нарушение/потеря обоняния; потеря вкуса; конъюнктивит; слабость; мышечные боли; головная боль; рвота; диарея; кожная сыпь при отсутствии других известных причин, которые объясняют такую клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза

Подозрительный на COVID-19 случай

1. Клиника ОРИ, + хотя бы 1 признак из перечисленных: возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов; наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по поводу COVID-19, который в последующем заболел, или у которого в последующем лабораторно подтвержден диагноз COVID-19; наличие профессиональных контактов с лицами, у которых выявлен подозрительный или подтвержденный случай заболевания COVID-19

2. Клиника ОРИ, + наличие характерных изменений в легких по данным КТ, вне зависимости от результатов однократного лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 и эпидемиологического анамнеза

3. Клиника ОРИ, + наличие характерных изменений в легких по данным лучевых исследований, при невозможности проведения лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2

Вероятный (клинически подтвержденный) случай COVID-19

1. Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) или антигена SARS-CoV-2 с применением иммунохроматографического анализа вне зависимости от клинических проявлений.

2. Положительный результат на антитела класса IgA, IgM и/или IgG у пациентов с клинически подтвержденной инфекцией COVID-19

Подтвержденный случай COVID-19

**Лабораторное обследование на наличие РНК SARS-CoV-2** проводить всем лицам с признаками ОРИ. Основным видом биоматериала для лабораторного исследования является материал, полученный при заборе мазка из носоглотки и ротоглотки.

**В обязательном порядке такое обследование необходимо выполнить лицам:** прибывшим на территорию РФ с наличием симптомов ОРИ или при их появлении в течение периода медицинского наблюдения; контактировавшим с больным COVID-19, при появлении симптомов, не исключающих COVID-19, в ходе медицинского наблюдения и при отсутствии клинических проявлений – на 8-10 календарный день медицинского наблюдения со дня контакта с больным COVID-19; с диагнозом «внебольничная пневмония»; в возрасте старше 65-ти лет, обратившихся за медицинской помощью с респираторными симптомами.

Работникам медицинских организаций, имеющим профессиональный риск инфицирования, до появления иммуноглобулинов G, лабораторное обследование на наличие РНК SARS-CoV-2 проводить 1 раз в неделю; при появлении симптомов, не исключающих COVID-19 – немедленно.

### Этиотропная лекарственная терапия больных COVID-19 на амбулаторном этапе

**СХЕМА 1.** Гидроксихлорохин («Иммард», «Плаквенил») 400 мг в 1-й день (200 мг 2 р/сут), далее 200 мг в сутки (100 мг 2 р/сут), в течение 6-8 дней [возможна комбинация с Рекомбинантным ИФН- $\alpha$ , капли или спрей, по 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней]

**СХЕМА 2.** Рекомбинантный ИФН- $\alpha$ , капли или спрей, по 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 р/сут в течение 5 дней + Умифеновир («Арбидол», «Афлюдол») по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5-7 дней

### Особенности лекарственной терапии у взрослых пациентов на амбулаторном этапе

#### ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИХЛОРОХИНА (ГХ)

Учитывая недостаточные доказательства эффективности ГХ при COVID-19, риск развития осложнений, а также позиции FDA и HRS, при назначении ГХ вне стационарных условий целесообразно:

Всем пациентам выполнять ЭКГ перед началом лечения ГХ, с контролем 1 раз в 5 дней с оценкой величины QT ЭКГ (QTc). Не рекомендуется использовать ГХ при исходном QTc  $\geq 500$  мс. Если QTc  $\geq 470$  мс у мужчин и  $\geq 480$  мс у женщин, но  $< 500$  мс, перед назначением следует скорректировать уровень Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, отменить препараты, способные удлинять QT, не жизненно важные для пациента. При меньших значениях QTc возможно назначение ГТ без указанной коррекции.

Для контроля кардиотоксичности целесообразно выполнить ЭКГ на 3-й день терапии ГХ через 2-3 ч после приема дозы препарата. Если при этом QTc увеличивается на  $\geq 60$  мс или абсолютное значение QTc  $> 500$  мс, необходимо рассмотреть возможность прекращения терапии. Все амбулаторные пациенты должны тщательно следить за симптомами, обращая внимание на факторы риска аритмии (обмороки, обезвоживание, прием новых лекарств и ухудшение состояния здоровья). При выявлении факторы риска аритмии показано внеочередное ЭКГ.

При амбулаторном применении ГХ в условиях карантина и ограниченности ресурсов (отсутствие возможности контроля ЭКГ и электролитов в плазме) рекомендовано соблюдать 2 условия: 1) низкий риск лекарственно-ассоциированного удлинения интервала QT по шкале Тисдейла ( $\leq 6$  баллов) 2) отсутствие дополнительных факторов риска удлинения интервала QT согласно модифицированному чек-листу.

#### СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Симптоматическое лечение включает: **купирование лихорадки** (жаропонижающие препараты, например, парацетамол); **комплексную терапию ринита и/или ринофарингита** (увлажняющие/ элиминационные препараты, назальные деконгестанты); **комплексную терапию бронхита** (мукоактивные, бронхолитические и прочие средства).

Жаропонижающие назначают при  $t > 38,0-38,5$  °С. При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушениях ритма) жаропонижающие препараты используют и при более низких цифрах. Наиболее безопасным препаратом является парацетамол.

Для местного лечения ринита, фарингита, при заложенности и/или выделениях из носа начинают с солевых средств для местного применения на основе морской воды (изотонических, а при заложенности – гипертонических). В случае их неэффективности показаны назальные деконгестанты. При неэффективности или выраженных симптомах могут быть использованы различные растворы с антисептическим действием.

**ШКАЛА ТИСДЕЙЛА (Факторы риска, в баллах).** Возраст  $\geq 68$  лет – 1; женский пол – 1; прием петлевого диуретика – 1; сывороточный K  $\leq 3,5$  ммоль/л – 2; QT исходный  $\geq 450$  мс – 2; острый инфаркт миокарда – 2; сепсис – 3; сердечная недостаточность – 3; один препарат с эффектом удлинения QT – 3;  $\geq 2$  препаратов с эффектом удлинения QT – 3. Максимальный балл – 21