



ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ COVID- 19 НА УРОВНЕ ПМСП

КПДЛ – Коронавирусная инфекция у взрослых от 3.12.2020г.

КошEROва Бахыт Нургалиевна

проректор по клинической работе НАО «МУК», руководитель группы

Караганда

2020



НОВЫЕ ВЫЗОВЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ: АДАПТАЦИЯ ПМСП



КРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)

острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи. Патогенетически COVID-19 характеризуется вирусемией, локальным и системным иммуновоспалительным процессом, эндотелиопатией, гиперактивностью коагуляционного каскада, что приводит к развитию микро-макротромбозов и гипоксии. Клинически протекает от бессимптомных до манифестных форм с интоксикацией, лихорадкой, преимущественным поражением легких и внелегочными поражениями разных органов и систем (эндотелий сосудов, сердца, почек, печени, поджелудочной железы, кишечника, предстательной железы, центральной и периферической нервной систем) с высоким риском развития осложнений (ОРДС, ОДН, ТЭЛА, сепсис, шок, СПОН).

ПМСП

- Адаптация службы первичной медико-санитарной помощи в условиях пандемии Covid-19 (подготовка к различным сценариям развития пандемии)
- Повышение потенциала сотрудников ПМСП через постоянное обучение
- Обеспечение доступности и качества оказания помощи пациентам с Covid-19 на уровне ПМСП
- Обеспечение безопасности сотрудников (оснащение СИЗами, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима)



ХРОНОЛОГИЯ СОБЫТИЙ ПО COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН



03.02.2020 - Разработан клинический протокол диагностики и лечения коронавирусной инфекции

2019-nCoV

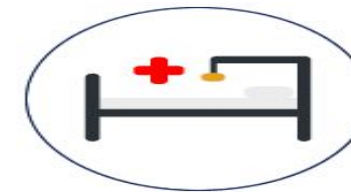
1-я редакция - 03.02.2020г.

2-я редакция - 26.02.2020 г.



13.03.2020

Первые 2 случая заражения казахстанцев коронавирусом



Госпитализация пациентов независимо от степени тяжести в инфекционный стационар

3-я редакция - 18.03.2020г.
4-я редакция - 20.03.2020г.
5-я редакция - 01.04.2020г.
6-я редакция - 15.04.2020г.

- Временное приостановление плановой работы на ПМСП: прививки, медицинские и профилактические осмотры, скрининги, реабилитация, диспансеризация.
- Создание Мобильных бригад
- Наблюдение, ведение реконвалесцентов на ПМСП (опыт китайских коллег)

7-я редакция – 06.05.2020г.
8-я редакция – 28.05.2020г.
9-я редакция – 15.06.2020г.
10-я редакция – 29.06.2020г.

Восстановление работы ПМСП

Передача на ПМСП - наблюдение, ведение бессимптомных форм , пациентов с легкой степенью тяжести COVID-19

изменения - 09.07. 2020 г.
изменения - 15.07.2020 г.

Наблюдение и оказание медицинской помощи пациентам со средней степенью тяжести COVID-19. Обеспечение ЛС (5) пациентов – НПВС, ПОАК через АЛО. Респираторная и психологическая реабилитация

Приказ вице-министра здравоохранения РКот 13 августа 2020 года № 505 «Об организации медицинской помощи за больными с подозрением и с заболеванием COVID-19»

11-12 2020 г.

- КПДЛ COVID-19 - у детей
- КПДЛ COVID-19 - у взрослых
- КПДЛ COVID-19 - у беременных



ПЕРИОДЫ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ COVID-19*: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Периоды ****	Инкуб. период	Начальный (гриппоподобный)	Разгар болезни		Период реконвалесценции
			Ранняя легочная фаза	Поздняя легочная фаза	
Продолжительность **	2-14 дней	1-7 дни	8-14 дни	15-28 дни	от 14 дней до 3-6 мес
Этапы оказания медицинской помощи	-	Амбулаторный	Амбулаторный/стационарный (отделение/ПИТ/ОРИТ)	Стационарный (отделение/ПИТ/ОРИТ)	Амбулаторный/ Реабилитация
Ведущий патогенетический механизм ***	Репликаци я вируса	Репликация вируса Виремия.	Виремия (генерализация) Тромбовоспалительный синдром Продукция цитокинов	Тромбовоспалительный синдром Цитокиновый шторм. Осложнения.	Активация репаративных процессов. Формирование иммунитета

Примечание:

* инфекционный процесс может оборваться на любой стадии

** продолжительность периодов может варьировать

*** ведущий патогенетический механизм или сочетание синдромов

****в любом периоде заболевания могут возникать признаки обострения или декомпенсации сопутствующей (коморбидной) патологии, что требует повышенного контроля и коррекции плана обследования

*Клинический протокол диагностики и лечения
COVID-19, 3.12. 2020*



ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19

(на основе определения ВОЗ, обновленного 7 августа 2020 года)

ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЙ

А. Пациент с любым ОРЗ с наличием в эпидемиологическом анамнезе контакта с подтвержденным или вероятным случаем COVID-19 в течение 14 дней до начала симптомов;

В. Пациент с любой ТОРИ и пневмонией неустановленной этиологии, имеющий один из любых трех или

более следующих признаков или симптомов: лихорадка, кашель, общая слабость/утомляемость, головная боль, миалгия, боль в горле, насморк, одышка, анорексия/тошнота/рвота, диарея, изменение психического статуса;

С. Пациент с любым заболеванием, получавший лечение в медицинской организации в течение последних 14 дней, где было зарегистрировано COVID-19;

Д. Работа в медицинских организациях, в том числе в стационарных и амбулаторных условиях в течение 14 дней до появления симптомов.

ВЕРОЯТНЫЙ

Пациент, который соответствует клиническим критериям подозрительного случая и

А) Типичные результаты визуализирующих методов исследования органов грудной клетки, указывающие на COVID-19, включают следующее (Manna 2020):

•рентгенография ОГК: туманные затемнения, часто округлой морфологии, с периферическим и нижним распределением по легким;

•КТ ОГК: множественные двусторонние затемнения по типу «матового стекла», часто округлой морфологии, с периферическим и нижним распределением по легким;

•УЗИ легких: утолщенные плевральные линии, В-линии (многоочаговые, изолированные или сливающиеся), консолидированные паттерны с симптомом воздушной бронхографии или без него.

В) летальный исход от пневмонии/ОРДС неуточненной этиологии (не имеющая другого объяснения);

С) человек с недавним появлением аносмии или агевзии при отсутствии какой-либо другой выявленной причины.

Д) положительный результат ИФА с обнаружением антител JgM, JgG, JgM+JgG (суммарные)

ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ

Лабораторное подтверждение коронавирусной инфекции COVID-19 методом ОТ-ПЦР, независимо от клинических признаков и симптомов.

U07.1 Коронавирусная инфекция COVID-19 (Вирус идентифицирован) подтвержденный случай

U07.2 Коронавирусная инфекция COVID-19 (Вирус не идентифицирован) - вероятный случай

Public health surveillance for COVID-19.
WHO/ Interim guidance 7 August 2020



На амбулаторном уровне ведется наблюдение и лечение следующих категорий пациентов:

1. Лица с бессимптомной формой COVID-19.
2. Пациенты с легкой степенью тяжести COVID-19.
3. Пациенты со среднетяжелой степенью тяжести COVID-19 (до госпитализации в стационар по показаниям).
4. Пациенты с COVID-19 после выписки из стационара.

ПМСП

Лица могут получать медицинскую помощь на дому при условии соблюдения двух нижеследующих требований:

1) соблюдение противоэпидемического режима в соответствии с ПГГСВ, выполнение соответствующих мер профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК), изложенных в Приложении 10.

2) наличие возможности тщательного наблюдения квалифицированным работником ПМСП за любыми признаками/симптомами, свидетельствующими об ухудшении клинического состояния пациента.



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

ВЕДЕНИЕ ЛИЦ С БЕССИМПТОМНОЙ ФОРМОЙ COVID-19:

- Медицинское наблюдение сотрудниками ПМСП лиц без клинических симптомов на момент выявления ПЦР+ в течение 14 дней в домашних условиях
- Врач ПМСП проводит оценку факторов риска и условий для амбулаторного наблюдения пациентов с COVID-19
- Врач ПМСП обучает пациента как правильно вести Чек-лист
- Пациент ежедневно заполняет установленного образца Чек-лист
- При появлении клинических симптомов (повышение Т тела, кашель, затрудненное дыхание, одышка, нарушение обоняния/вкуса) в период медицинского наблюдения врач ПМСП определяет дальнейшую тактику ведения пациента.
- При отсутствии манифестации клинических симптомов в течение 14 дней с момента последнего контакта с больным COVID-19 медицинское наблюдение снимается.

ЧЕК-ЛИСТ										
Клинические симптомы	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-й день	7-й день	8-й день	9-й день	10-й день
Дата										
Температура										
Частота дыхания										
Пульс										
АД										
Затруднение дыхания/одышка										
Кашель										
Боль в груди										
Нарушение обоняния/вкуса										
Тошнота/рвота										
Диарея										
Другие признаки заболевания:										

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ COVID-19: НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

При легкой степени тяжести

- температура тела нормальная/ субфебрильная/ фебрильная;
- одышки нет, ЧДД <20 в мин, SpO2 в покое > 95 %;
- на рентгене/ КТ легких изменения отсутствуют (при наличии - картина не совпадает с клиникой);
- фоновые заболевания (СД, АГ, ИБС, ХБП и др.) отсутствуют или компенсированы;
- ЧСС 60-80 уд. в мин. (необходимо соотносить с температурой тела);
- в гемограмме содержание лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, тромбоцитов в пределах референсных значений.

1) При температуре тела выше 38С купирование лихорадки проводится физическими методами охлаждения или НПВС:

- Парацетамол 500 мг (не более 2 г в сутки) или
- Ибупрофен 200 - 400 мг (не более 1 200 мг) [20, 21].

2) Больным с COVID-19 с установленным при помощи инвазивных и неинвазивных методов диагноза сердечно-сосудистых заболеваний назначается ацетилсалициловая кислота (АСК) в дозе до 100 мг в сутки (либо продолжается прием, если пациентам было назначено ранее) для профилактики повторных ишемических событий:

- перенесенный ОКС (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия);
- стабильная стенокардия;
- коронарная реваскуляризация (ЧКВ, КШ и др. с артериальной реваскуляризацией);
- перенесенный инсульт и транзиторная ишемическая атака;
- аневризма аорты и атеросклерозом периферических артерий;
- при наличии стенозов периферических артерий $\geq 50\%$ по данным методов визуализации, включая ультразвуковое исследование артерий;
- СД с поражением органов-мишеней (микроальбуминурия) или с наличием больших факторов риска: курение, гиперлипидемия;
- АГ 3 стадии;
- СД 1 типа (>20 лет);
- тяжелая почечная недостаточность с рСКФ <30 мл/мин/1,73 м²;
- семейная гиперлипидемия с ССЗ атеросклеротической природы и с другими большими факторами риска.

Кроме того, АСК может быть рекомендована для первичной профилактики пациентам при риске по шкале SCORE $\geq 10\%$ и пациентам с колоректальным раком. При наличии противопоказаний к назначению АСК можно назначить клопидогрель 75 мг в сутки) [22].

Профилактика венозных тромбозов при легкой форме не показана.

1) Пациентам, принимающим ПОАК по показаниям (постоянная форма фибрилляции предсердий, тромбоз глубоких вен, тромбозы венозного синуса и др.) рекомендуется продолжить их прием под наблюдением врача. При этом следует регулярно оценивать переносимость, приверженность, состояние функции печени, почек и риск кровотечения по шкале IMPROVE.

2) Рутинная комбинация АСК или клопидогрела с антикоагулянтами не рекомендуется при COVID-19 за исключением пациентов с ОКС и фибрилляцией предсердий, которым проводили ЧКВ со стентированием.

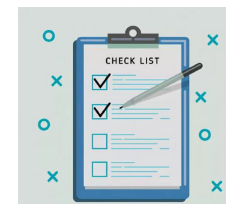
3) Лица с хроническими заболеваниями, в том числе лица старше 60 лет в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки по COVID-19 находятся под динамическим наблюдением специалистов ПМСП (Приложение 7).

Лица с легкой степенью тяжести заболевания снимаются с медицинского наблюдения и изоляции спустя 10 дней с момента развития симптомов плюс не менее 3 дней без симптомов (напр. повышенной температуры тела, респираторных симптомов) (проведение ПЦР исследования и КТ/рентген-диагностики не требуется).

Например – пациент был симптоматичен в течение первых двух дней, в таком случае изоляцию и прекращение контактных и капельных мер профилактики инфекции можно отменить через 10 дней + 3 дня без симптомов = 13 дней [42].



При нарастании клинических симптомов заболевания, любом ухудшении самочувствия и показателей измерения температуры тела, частоты пульса, дыхания, АД, сатурации необходимо поставить в известность участкового врача, который после оценки тяжести состояния определяет дальнейшее ведение, по показаниям направляет в инфекционный стационар.



Чек-лист амбулаторного наблюдения за больными с легкой формой COVID-19, и пневмонией (вероятный случай COVID-19)



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ COVID-19: НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

При средней степени тяжести у пациентов отмечается

- повышение температуры тела до субфебрильных/ фебрильных цифр;
- одышка при нагрузках, ЧДД - 20-22 в мин, SpO2 в покое 94- 95 %;
- на Rg/КТ легких (при наличии) -признаки вирусного поражения легких с заключением КТ 1-2 – объем поражения легких до 50%;
- имеются фоновые заболевания (СД, АГ, ИБС, ХБП и др.), но без признаков декомпенсации или обострения;
- ЧСС 80-100 уд.в мин. (необходимо соотносить с температурой тела);
- в гемограмме незначительная лимфопения (более 15%).

При установлении у пациента средней степени тяжести COVID-19 рекомендовано придерживаться следующих положений:

- 1) При температуре тела выше 38С0 купирование лихорадки проводится физическими методами охлаждения или НПВС:
 - Парацетамол 500 мг (не более 2 г в сутки) или
 - Ибупрофен 200 - 400 мг (не более 1 200 мг)

Рутинная профилактика венозных тромбозов при отсутствии риска венозных тромбозов не проводится.

При наличии сопутствующих заболеваний (онкологические заболевания в активной стадии, перенесенные тромбозы глубоких вен и ТЭЛА, тромбофилия, недавно перенесенные инфаркт миокарда, ишемический инсульт и большие оперативные вмешательства, пожилой возраст ≥ 70 лет, ХСН) следует определить риск венозных тромбозов по шкале **PADUA** или по модели оценки риска **IMPROVE**, затем оценить риск кровотечений согласно шкале **IMPROVE**.

ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ НЕХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ PADUA

Фактор риска	Балл
Активное злокачественное новообразование (метастазы и/или химиотерапия/радиотерапия <6 месяцев назад)	3
ТГВ/ТЭЛА в анамнезе (за исключением тромбоза поверхностных вен)	3
Ограниченная подвижность (постельный режим с выходом в туалет) ≥ 3 дней	3
Известная тромбофилия (дефекты антитромбина, протеина С или S, фактор V Лейден, G20210A мутация протромбина, антифосфолипидный синдром)	3
Травма и/или операция ≤ 1 месяца назад	2
Возраст ≥ 70 лет	1
Сердечная и/или дыхательная недостаточность	1
Инфаркт миокарда или ишемический инсульт	1
Острая инфекция и/или ревматологическое заболевание	1
Ожирение (ИМТ > 30 кг/м ²)	1
Продолжение использования гормональной заместительной терапии или пероральных контрацептивов	1

Примечание: при сумме баллов **4** риск венозных тромбоэмболических осложнений считается высоким и показана их профилактика антикоагулянтами

МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ РИСКА

IMPROVE

Факторы риска	Баллы
ВТЭ в анамнезе	3
Тромбофилия	2
Паралич н/к в настоящее время	2
Рак в настоящее время	2
Иммобилизация не менее 7 дней	1
Госпитализация в ОРИТ или кардио-интенсивный блок	1
Возраст > 60 лет	1

Примечание: 0-1–низкий риск = нет необходимости в профилактике
2 и больше= высокий риск требуется профилактика

МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

~~IMPROVE~~

ФР	Баллы
Активная язва желудка и 12-перстной кишки	4,5
Кровотечение <3 мес до госпитализации* (ЖК, ИИ, прим НОАК)	4
Тромбоциты < 50 000** (прим. АСК и P2Y12)	4
Возраст > 85 лет	3,5
Печеночная недостаточность с уровнем ПВ > 1,5 ВГН	2,5
Тяжелая почечная недостаточность с рСКФ < 30 мл/мин	2,5
Госпитализация в ОРИТ	2,5
Наличие центрального катетера	2
Наличие ревматического или аутоиммунного заболевания	2
Рак активный	2
Возраст: 40-84 года	1
Мужчины	1
рСКФ 30-59 мл/мин	1
Высокий риск ≥ 7 баллов, низкий риск <7 баллов	



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ COVID-19:

НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

У пациентов, которые принимали ПОАК до госпитализации и профилактическую дозу НМГ в стационаре отмечается низкая частота ТЭЛА [23].

ПОАК являются более удобными для применения в амбулаторной практике у больных с COVID-19 по сравнению с применением антагонистов витамина К (АВК) [24].

ПОАК следует назначать после оценки риска развития тромбозов **согласно шкале PADUA, общего анализа крови (показатели гемоглобина, тромбоцитов)** и по показаниям - Д-димер, креатинин, оценки расчетной скорости креатинина (pСКФ) или клиренса креатинина (КК), уровня билирубина, ферментов печени и оценки риска кровотечения (шкала IMPROVE).

В случае наличия результата pСКФ, следует разделить данный показатель pСКФ на 10, полученная цифра будет показывать через сколько месяцев (3-6 мес) следует повторять обследование.

Если пациент укладывается в эти промежутки времени возможно проведение биохимических анализов несколько позже и допустить применение ПОАК. В таких случаях врач ПМСП может ограничиться результатами ОАК, Д-димера и по показаниям проводится анализ печеночных проб (АЛТ, АСТ, билирубин).

Рекомендуемые схемы лечения ПОАК в минимальной дозе для лиц без сопутствующих (коморбидных) заболеваний:

- Аликсабан* 2,5 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, или
- Дабигатрана этексилат * 110 мг x 2 раза в сутки 10 дней или
- Ривароксабан* 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Через 10 дней следует провести контроль общеклинического состояния, уровня Д-димера, тромбоцитов, креатинина, АЛТ, АСТ, билирубина

- АСК в дозе 75 -100 мг следует назначать
- пациентам для вторичной профилактики ССЗ при отсутствии риска тромбозов согласно шкале PADUA и референсном уровне Д-димера; а также для первичной профилактики у больных с колоректальным раком и при уровне SCORE $\geq 10\%$ (при наличии противопоказаний к применению АСК назначается клопидогрель 75 мг) под наблюдением врача [22].
- При наличии высокого риска тромбоза и низком уровне кровотечений пациентам рекомендуется проведение лекарственной профилактики венозных тромбозов с тщательным мониторингом состояния пациента с повторной оценкой риска тромбозов.
- При ухудшении состояния пациента, дальнейший маршрут определяет врач ПМСП.
- Пациенты с сопутствующими (коморбидными) заболеваниями, которые принимают ПОАК по показаниям (постоянная форма фибрилляции предсердий, тромбоз глубоких вен в анамнезе и др.) продолжают их прием в той дозе, которая рекомендована по основному заболеванию [25-28].
- Лица с хроническими заболеваниями, в том числе лица старше 60 лет в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки по COVID – 19 находятся под динамическим наблюдением специалистов ПМСП (Приложение 7).



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ COVID-19: НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

Примечание: * Перед применением необходимо подробно прочитать инструкцию каждого препарата, особенно, раздел лекарственного взаимодействия. Указанные дозы ПОАК для профилактики ВТЭ у больных с COVID-19 составлены на основании согласованного мнения экспертов, которые ответственны за составление настоящего протокола после тщательного анализа результатов РКИ. В настоящее время отсутствуют результаты РКИ по применению ПОАК у больных с COVID-19. По мере появления новых данных возможны изменения в дозировках и длительности АКТ у больных с COVID-19.

- у больных со снижением рСКФ до 15 мл/мин коррекция дозы Аписабана не требуется;
- у пациентов, имеющих рСКФ <15 мл/мин, применение Аписабана не рекомендуется;
- Совместное использование Аписабана и рифампицина, зверобоя, карбамазепина фенобарбитала, кетоконазола, кларитромицина и эритромицина не рекомендуется
- с осторожностью применять дабигатрана этексилат при состояниях, повышающих риск кровотечения: возраст 75 лет и старше; рСКФ <30 мл/мин, у больных с высоким риском ИМ.
- Совместное применение Дабигатрана и зверобоя, верапамила, амиодарона, карбамазепина, фенобарбитала и кетоконазола значительно повышает уровень Дабигатрана в крови, следовательно, не рекомендовано.
- следует избегать применения Ривароксабана у пациентов с тяжелым нарушением функции почек (рСКФ <30 мл/мин).
- Совместное использование Ривароксабана и ритоновира, рифампицина, зверобоя, карбамазепина, фенобарбитала, кларитромицина и эритромицина не желательно.
- Применение пероральных ингибиторов Ха-фактора предпочтительнее по сравнению с использованием

перорального ингибитора Па фактора [29]



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ **СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ** COVID-19: НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

Лица со среднетяжелой степенью тяжести заболевания снимаются с медицинского наблюдения и изоляции по прошествии не менее 10 дней с момента развития симптомов плюс не менее 3 дней без симптомов (см примеры выше) (проведение ПЦР исследования не требуется, КТ/ рентген-диагностика по показаниям) [42].
Например – пациент был симптоматичен в течение первых двух дней, в таком случае изоляцию и прекращение контактных и капельных мер профилактики инфекции можно отменить через 10 дней + 3 дня без симптомов = 13 дней [42].



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ COVID-19

Дальнейшее ведение:

После выписки из стационара медицинское наблюдение реконвалесцентов, перенесших заболевание в среднетяжелой, тяжелой степени продолжается в домашних условиях под наблюдением врача ПМСП. Сроки наблюдения определяются индивидуально в зависимости от общего состояния реконвалесцента.

При ранней выписке из стационара:

Пример 1. В случае если у пациента были симптомы на протяжении 14 дней, тогда изоляция прекращается – 14 дней (были симптомы) + 3 дня (без симптомов) = 17 дней.

Пример 2: у пациента симптомы наблюдались 30 дней (лихорадка и обильный кашель с мокротой) – 30 дней (симптомы) + 3 дня (без симптомов) = 33 дней [42].

По показаниям проводится психологическая и респираторная реабилитация в амбулаторных условиях или лечение/реабилитация в профильном стационаре [30-32]. (Приложение 6,8,9).

По показаниям проводится профилактика тромбозомболических осложнений:

- пациентам, перенесшим заболевание тяжелой или критической степени COVID-19, а так же с факторами риска по развитию ВТЭ (гиподинамичные, на постельном режиме, с ИМТ > 30, при наличии ВТЭ в анамнезе, активом раке, беременным и женщинам после родов) рекомендуется тромбопрофилактика парентеральными антикоагулянтами НМГ (надропарином и эноксапарином), фондапаринуксом (при уровне тромбоцитов < 100 000, при непереносимости НМГ), НФГ (при отсутствии НМГ или противопоказаниях к НМГ) после выписки в течение 10-14 дней [33,34].

По истечении 10 дней от начала приема НМГ или НФГ у пациентов, перенесших заболевание тяжелой или критической степени тяжести COVID-19, но при сохраняющемся высоком уровне Д-димера (выше 2ВГН) целесообразно перейти на ПОАК (апиксабан, ривароксабан) в профилактических дозах на срок до 30 дней (доказательной базы применения ПОАК при COVID-19 нет, поэтому необходимо решение консилиума и информированное согласие пациента, учитывая большую площадь поражения легких и высокие риски ВТЭ у данной категории пациентов)[33,35];

При обострении сопутствующих хронических неинфекционных заболеваний, при развитии постковидных состояний врач ПМСП направляет реконвалесцента на консультацию к профильному специалисту. Ведение и лечение осуществляется в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения по сопутствующему заболеванию.



Вторичное инфицирование

- это повторное заболевание лиц, контактировавших с первичным случаем, у которых в результате воздействия развивается болезнь [37-42].
- Вторичное инфицирование (повторное заражение) верифицируется при: положительной ПЦР диагностике не менее, чем через 12 недель после перенесенной COVID-19, нормализации клинико-лабораторных и рентгенологических/КТ показателей, при наличии иммуноглобулинов Jg G, после проведенного тщательного эпидемиологического расследования и решением консилиума.
- Изоляция и тактика ведения в соответствии с ПГСВ и настоящим клиническим протоколом.



Показания для экстренной госпитализации

- среднетяжелая степень заболевания у пациента с наличием факторов риска тяжелого течения;
- тяжелая степень заболевания;
- крайне тяжелая/критическая степень тяжести (ОРДС, сепсис, септический шок);

И

- лихорадка 38С и выше в течение 5 дней, устойчивая к жаропонижающим препаратам;
- ЧДД>24 в 1 минуту;
- одышка нарастающего характера, при обычных бытовых нагрузках, разговоре;
- снижение SpO₂ <93%;
- лица с факторами риска (возраст старше 60 лет, СД, АГ и др.) при средней степени тяжести (ЧДД 20-24 в 1 мин, SpO₂ 93-95%, КТ1-2 при наличии);
- КТ3-КТ4.

На уровне скорой помощи и приемного покоя стационара рекомендуется проводить сортировку согласно Алгоритма межведомственного комплексного инструмента сортировки (Приложение 3).

СОРТИРОВКА. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Межведомственный комплексный инструмент сортировки: ≥12 лет





ЧАСТОТА ЛЕТАЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПЛАНОВАЯ РАБОТА НА

ПМСП

- **Бессимптомная, легкая - 80 %**
- **Средне-тяжелая - 15%**
- **Тяжелая и очень тяжелая - 5 %**

ВОЗРАСТ	ЛЕТАЛЬНОСТЬ
≥80	14,8-21,0%
70-79	8,0%
60-69	3,6%
50-59	1,3%
40-49	0,4%
10-19/20-29/30-39	0,2%
0-9	<0,1%

- **Сопутствующие заболевания**
- 10,5 % - сердечно-сосудистые заболевания
- 7,3 % - сахарный диабет
- 6,3 % - хронические заболевания лёгких
- 6 % - АГ
- 5,6 % - онкозаболевания
- **Избыточная масса тела (важно указывать ИМТ)**

Факторы риска тяжелого и осложненного течения у взрослых:

- Возраст старше 60 лет
- Сопутствующие БСК (артериальная гипертензия, ИБС, ХСН)
- Цереброваскулярные заболевания
- Сопутствующие хронические заболевания дыхательной системы (ХОБЛ, БА, фиброзные изменения в легких)
- Эндокринопатии (сахарный диабет, метаболический синдром, ожирение)
- Иммунодефицитные состояния (онкологические, гематологические заболевания)
- Другие тяжелые хронические заболевания (хронические заболевания почек)
- Курение

Мероприятия на ПМСП для риска:

1. Информационно-разъяснительная работа по COVID-19
2. Лекарственное обеспечение – мобильными группами
3. Мониторинг прикрепленного населения из группы риска
4. Раннее выявление контактных
5. Ранняя изоляция и наблюдение контактных
6. Своевременная госпитализация пациентов независимо от степени тяжести в стационары 1 и 2 уровня
7. Ведение реконвалесцентов – индивидуальная респираторная и психологическая поддержка

Оказалось
неэффективным, вред
превысил пользу – NB! -
не рекомендовано в

КПДП!!!

- Назначение антибиотиков с начала заболевания на уровне ПМСП (побочные эффекты, резистентность)
- Назначение ГКС в раннем периоде без признаков поражения легких и ДН на ПМСП и в стационаре (иммуносупрессия)
- Назначение иммуномодуляторов (интерфероны, стимуляторы интерферонов) – усиление цитокиновой активности.

Доказана эффективность в лечении



ПМС
П
ПОЛНОЦЕННОЕ ПИТАНИЕ
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
НПВС
ПОАК (по показаниям)
ТЕРАПИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

СТАЦИОН
АР

КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ
ПРОН-ПОЗИЦИЯ
АНТИКОАГУЛЯНТЫ
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ
ПЛАЗМА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ- по
показаниям
ТЕРАПИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ





**Благодарю за
внимание**