

**ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ
ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ,
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ
COVID-19**

Временные
методические
рекомендации
Версия 2

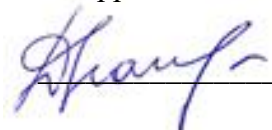


**МОСКВА
2021**

**ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний
Национальное общество усовершенствования врачей имени С.П. Боткина
Профильная комиссия по терапии и общей врачебной практике Минздрава России
Профильная комиссия по медицинской профилактике Минздрава России**

«УТВЕРЖДАЮ»

директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России,
главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России,
член-корреспондент РАН, профессор

 О.М. Драпкина

**Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с
хроническими заболеваниями, подлежащим диспансерному наблюдению,
в условиях пандемии COVID-19**

Временные методические рекомендации

Версия 2

Москва

2021

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

УДК 355.511.512

ББК 51.1

Состав рабочей группы: Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Агеев Ф.Т., Авдеев С.Н., Бойцов С.А., Иванова Е.С., Каприн А.Д., Куняева Т.А., Лавренова Е.А., Ливзан М.А., Маев И.В., Раковская Ю.С., Самородская И.В., Чесникова А.И., Шепель Р.Н.

Рецензент: Невзорова Вера Афанасьевна - директор института терапии и инструментальной диагностики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист по терапии Дальневосточного федерального округа, г. Владивосток, Россия.

Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, подлежащим диспансерному наблюдению, в условиях пандемии COVID-19/ Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю. и др. - М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021 г., 109 с.

ISBN 978-5-6046966-2-0

Цель настоящих рекомендаций – обеспечить врачей первичного звена здравоохранения научно-обоснованными алгоритмами осуществления диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) в условиях пандемии COVID-19, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Организация и проведение качественного диспансерного наблюдения является важнейшей задачей, направленной как на снижение рисков развития осложнений ХНИЗ, так и снижение общей смертности, особенно в современных условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

Методические рекомендации содержат клинические аспекты диспансерного наблюдения, общие принципы тактики ведения пациентов с различными ХНИЗ в условиях COVID-19, кроме того, представлены краткие чек-листы с вариантами опроса пациентов с различными ХНИЗ, рассмотрены актуальные аспекты взаимодействия лекарственных средств, используемых в терапии ХНИЗ с противовирусными препаратами.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, терапевтов-участковых, врачей общей практики (семейных врачей), а также врачей других специальностей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

Методические рекомендации утверждены на заседании ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол №10 от 19.10.2021г.)

© Коллектив авторов, 2021

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

© РОПНИЗ

Оглавление

1. Введение.....	6
2. Профилактика развития COVID-19	7
2.1. Источник, пути и факторы передачи вируса, вызывающего COVID-19.....	7
2.2. Неспецифическая профилактика развития COVID-19.....	8
2.3. Профилактика для медицинских работников	11
2.4. Специфическая профилактика развития COVID-19 (вакцинация).....	16
3. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в условиях пандемии COVID-19	18
3.1. Организационные аспекты проведения диспансерного наблюдения.....	18
3.1.1. Общие положения	18
3.1.2. Критерии целесообразности госпитализации пациента с диагностированной COVID-19 и ХНИЗ	20
3.2. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях пандемии COVID-19	23
3.2.1. Особенности ведения пациентов с ССЗ, находящихся на амбулаторном лечении по поводу COVID-19, в том числе после выписки из стационара, а также диспансерное наблюдение в условиях пандемии COVID-19	23
3.2.2. Артериальная гипертония	27
3.2.3 Стабильная ишемическая болезнь сердца	29
3.2.4. Сердечная недостаточность	33
3.2.5. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий	38
3.2.6. Нарушения ритма сердца (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии).....	41
3.3. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с болезнями органов дыхания в условиях пандемии COVID-19	43
3.3.1. Общие положения	43
3.3.2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).....	44
3.3.3. Бронхиальная астма	50

3.4. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с предиабетом и сахарным диабетом в условиях пандемии COVID-19	54
3.4.1. Предиабет.....	54
3.4.2. Сахарный диабет 2 типа.	58
3.5 Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по профилю «терапия» онкологическим пациентам в условиях пандемии COVID-19	71
3.6 Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения в условиях пандемии COVID 19	73
4. Особенности диспансерного наблюдения пациентов, перенесших COVID-19.....	86
4.1. Общие вопросы.....	86
4.2. Критерии выписки пациента с COVID-19 из стационара.....	87
4.3. Транспортировка больных коронавирусной инфекцией из стационара	88
4.4. Экспертиза временной нетрудоспособности при COVID-19	88
4.5. Медицинская помощь на амбулаторном этапе	90
4.6. Клинические ситуации при пневмонии COVID-19, требующие особого внимания	91
4.7. Респираторная реабилитация	91
4.8. Алгоритмы диспансерного наблюдения при пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	92
4.8.1. Пациенты, которые в стационаре нуждались в реанимации или интенсивной терапии в связи с тяжелой пневмонией	95
4.8.2. Пациенты с перенесенной пневмонией COVID-19 легкой или среднетяжелой степени тяжести и не нуждались в лечении в ОРИТ (в том числе пациенты, которые проходили лечение амбулаторно)	96
5. Заключение.....	98
6. Список литературы.....	99
7. Список использованных сокращений	104
8. Состав рабочей группы.....	107

1. Введение

С декабря 2019 г. новое заболевание коронавирусом (COVID-19) обрушилось на весь мир, в результате чего Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила его пандемией. По состоянию на 01 декабря 2021 г. COVID-19 поразил более 262 млн человек, число заболевших в России превысило 9 млн. Международные данные свидетельствуют, что у пожилых пациентов и пациентов с сопутствующими заболеваниями с большей вероятностью развивается тяжелое течение коронавирусной инфекции. С плохим прогнозом при COVID-19 ассоциировано наличие у пациентов сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), цереброваскулярных заболеваний, ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Необходимо отметить, что пациенты с этими заболеваниями, а также с онкологическими заболеваниями, относятся к IIIА группе здоровья, и по данным диспансеризации или профилактического медицинского осмотра 2020 г. к этой группе были отнесены 60% граждан.

Важно подчеркнуть, что временные ограничения, связанные с получением плановой помощи, могут приводить как к более поздней обращаемости в случае развития жизнеугрожающих состояний, так и к росту госпитализаций по поводу, к примеру, АГ или СД, что было выявлено зарубежными экспертами в результате предыдущих эпидемий, которые не затронули такое большое число граждан.

Таким образом, необходимо отметить, что организация и проведение диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) является важнейшей задачей, направленной как на снижение смертности пациентов с ХНИЗ и COVID-19, так и уменьшение числа осложнений у пациентов с хроническими заболеваниями. Следует иметь в виду, что на настоящее время нет никаких доказательств эффективности и обоснованности предлагаемой тактики ведения. Ввиду отсутствия точных данных, на основании которых можно определить оптимальный подход к применению терапии, предлагается проводить стратификацию рисков и возможной пользы отдельных мер с учетом местных условий и ресурсов.

2. Профилактика развития COVID-19

2.1. Источник, пути и факторы передачи вируса, вызывающего COVID-19

Основным источником возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания. Период заразительности предположительно включает инкубационный период (до 14 дней) и период заболевания.

Согласно данным, имеющимся на сегодняшний день, механизм передачи вируса, вызывающего COVID-19 (SARS-CoV-2), среди людей – аэрозольный (аспирационный). Пути передачи SARS-CoV-2 являются воздушно-капельный, воздушно-пылевой и контактный.

Передача воздушно-капельным путем происходит при тесном контакте (в пределах 1-2 м) человека с человеком, имеющим респираторные симптомы. При кашле и чихании источник возбудителя инфекции создает вокруг себя аэрозоль с каплями респираторного секрета, содержащего вирусные частицы. При контакте с источником возбудителя инфекции у восприимчивого лица происходит контаминация слизистой оболочки (рот и нос) или конъюнктивы (глаза) вирусом.

Контактный путь передачи может реализовываться при взаимодействии восприимчивого лица с предметами, контаминированными вирусом, в непосредственной близости от инфицированного человека (внешняя обстановка, предметы быта, а также изделия медицинского назначения, использовавшиеся в лечебно-диагностическом процессе у пациента, например, пульсоксиметр, стетоскоп, термометр). Так же контактный путь осуществляется во время рукопожатий и других видах непосредственного контакта с инфицированным человеком (например, осмотр пациента медицинским работником без использования средств индивидуальной защиты (СИЗ)).

В условиях аэрозольного механизма возможна реализация воздушно-пылевого пути передачи, так имеются данные о сохранении жизнеспособности SARS-CoV-2 до 3 суток в результате высыхания более крупных капель слизи, оседании их на различных объектах окружающей среды, где возбудитель также может присутствовать в частичках пыли. Они могут подниматься в воздух (вторичный или пылевой аэрозоль), оставаться в воздухе в течение длительного времени и переноситься на расстояние, превышающее 1 м.

В отношении вируса SARS-CoV-2 риск передачи увеличивается при конкретных лечебно-диагностических манипуляциях, когда выполняются аэрозоль-генерирующие процедуры.

Курящие подвержены более высокому риску развития тяжелых форм COVID-19 и летального исхода. Курение усугубляет тяжесть заболевания и увеличивает риск смертности у госпитализированных пациентов с COVID-19. Человек, подвергающийся вторичному воздействию табачного дыма, может быть уязвим к заражению COVID-19 в равной степени с курящим. Таким образом, лечение никотиновой зависимости одна из основных задач при ведении пациента COVID-19.

2.2. Неспецифическая профилактика развития COVID-19

Неспецифическая профилактика представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции, и проводится в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся или находившихся в контакте с больным человеком), к ним относятся:

- ранняя диагностика и активное выявление инфицированных, в том числе с бессимптомными формами;
- соблюдение режима самоизоляции;
- соблюдение дистанции от 1,5 до 2 метров;
- использование мер социального разобщения (временное прекращение работы предприятий общественного питания, розничной торговли (за исключением торговли товаров первой необходимости), переход на удаленный режим работы, перевод на дистанционное обучение образовательных организаций;
- соблюдение правил личной гигиены:
 - обработка/мытьё рук, используя антисептические средства на спиртовой основе или мыло и воду, особенно тщательно перед принятием пищи;
 - при посещении общественных мест необходимо воздерживаться от прикосновения лица, в том числе области рта, носа и глаз немытыми руками;
 - при использовании резиновых перчаток при посещении общественных мест, важно также помнить об их обработке антисептическими спиртосодержащими средствами, а также недопущение касания ими лица. При снятии, перчатки выворачиваются наизнанку и выбрасываются в контейнер для мусора с крышкой, после чего производится обработка рук спиртосодержащим антисептиком или водой с мылом;
 - при кашле и чихании следует прикрывать рот и нос сгибом локтя или салфеткой, после чего салфетка сразу выкидывается в контейнер для мусора с

крышкой и производится обработка рук спиртосодержащим антисептиком или водой с мылом.

- использование средств индивидуальной защиты органов дыхания (одноразовые медицинские маски, респираторы). Пользуясь маской, следует знать правила использования и утилизации одноразовых медицинских масок. Перед тем как надеть маску, необходимо вымыть руки с мылом или произвести обработку рук спиртосодержащим средством. Надев маску следует проверить, что она закрывает нос и рот, плотно прилегает к лицу. Во время использования, нужно остерегаться касаний маски, в случае прикосновения, производится обработка рук спиртосодержащим средством или промыванием водой с мылом. Длительность ношения медицинской маски должна составлять 2 часа, после чего ее заменяют на новую. Снятие маски осуществляется путем удерживания резинок сзади (не прикасаясь к передней части маски). Маска сразу же выбрасывается в закрывающийся контейнер для отходов, руки обрабатываются спиртосодержащим средством или промыванием водой с мылом.

- проведение дезинфекционных мероприятий;

- использование лекарственных средств для местного применения, обладающих барьерными функциями;

- своевременное обращение пациента в медицинские организации в случае появления симптомов ОРВИ;

- другие мероприятия в соответствии с нормативными и методическими документами по борьбе с COVID-19.

Еще одним элементом неспецифической профилактики является соблюдение правил обработки продуктов перед употреблением, в том числе промывание овощей, фруктов и зелени в мыльном растворе и тщательном ополаскивании в проточной воде, а также обязательная термическая обработка продукции животного происхождения. Перед подготовкой и приемом пищи, необходимо тщательно вымыть руки с мылом.

Большое значение имеют такие способы поддержания неспецифической резистентности организма к инфекции как **поддержание здорового образа жизни**: правильное питание (включающее потребление не менее 400-500 г овощей и фруктов в день, достаточное количество цельнозерновых продуктов, рыбы, не более 5 г соли в день), физическая активность (не менее 30 минут в день), отказ от курения и пагубного потребления алкоголя, правильный распорядок дня, включая сон, продолжительностью 7-8 часов.

Противоэпидемические мероприятия при новой коронавирусной инфекции проводятся в отношении источника инфекции (больного человека и бессимптомного носителя), механизма передачи возбудителя инфекции, а также восприимчивого

контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным человеком).

Мероприятия в отношении источника инфекции:

- диагностические;
- лечебные;
- изоляционные, включая госпитализацию по клиническим и эпидемиологическим показаниям, с использованием специального транспорта и соблюдением маршрутизации в медицинские организации.

Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя инфекции:

- очаговая дезинфекция: текущая и заключительная;
- соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук, использование антисептиков, медицинских масок, перчаток);
- использование СИЗ для медработников;
- обеззараживание и утилизация медицинских отходов класса В.

Мероприятия, направленные на восприимчивый контингент:

- экстренная профилактика;
- режимно-ограничительные мероприятия, включая клиническое наблюдение и карантин;
- обследование на SARS-CoV-2 при появлении клинических признаков инфекции.

Мероприятия, направленные на предупреждение распространения COVID-19, включают:

- мониторинг заболеваемости;
- лабораторный мониторинг (слежение за циркуляцией и распространением возбудителя);
- мониторинг напряженности иммунитета среди переболевших лиц, среди групп риска и среди всего населения;
- сбор и анализ полученной информации;
- эпидемиологическую диагностику;
- прогнозирование;
- оценку эффективности проводимых мероприятий;
- гигиеническое воспитание населения.

Гигиеническое воспитание населения как метод профилактики COVID-19 включает:

- предоставление населению подробной информации о COVID-19, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой

информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы с пациентом и др.;

- разъяснение правил ношения масок для защиты органов дыхания, применение дезинфицирующих средств, включая индивидуальные антисептические средства;
- разъяснение необходимости соблюдения социальной дистанции (1,5-2 м от человека) в период подъема заболеваемости;
- доведение до организованных коллективов взрослых и детей правил организации деятельности в период подъема заболеваемости COVID-19.

К группам риска заболевания COVID-19 относятся:

- люди в возрасте 65 лет и старше;
- больные хроническими заболеваниями, особенно сердечно-сосудистыми заболеваниями, морбидным ожирением, сахарным диабетом;
- беременные женщины;
- работники медицинских организаций.

2.3. Профилактика для медицинских работников

Медицинские работники должны принять дополнительные меры предосторожности, чтобы защитить себя и предотвратить передачу инфекции в медицинских учреждениях.

Важнейшими компонентами профилактики для медицинских работников, имеющих риски инфицирования, являются:

- использование СИЗ: маска / респиратор, халат / костюм, шапочка, перчатки, очки / экран;
- проведение дезинфекционных мероприятий;
- обеззараживание и уничтожение медицинских отходов класса В.

Медицинский работник обследуется 1 раз в неделю на COVID-19 (ПЦР и ИФА), при наличии симптомов – изолируется на дому (по состоянию здоровья) с приемом средств экстренной профилактики (профилактическое лечение).

СИЗ однократного применения (медицинские маски, респираторы, одноразовые комбинезоны, халаты, бахилы, перчатки) повторному применению не подлежат, подвергаются обеззараживанию и удалению в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

Изделия многократного применения (защитные очки, защитный экран, маска полнолицевая) обеззараживаются путем протирания каждые 2-3 часа (при загрязнении – немедленно) с использованием спиртосодержащих дезинфекционных средств с

концентрацией спирта этилового не менее 70%, изопропилового – не менее 60%. После использования защитные очки (экран) обеззараживаются способом двукратного протирания или погружением в 70% этиловый спирт на 30 минут. После обеззараживания защитные очки, защитный экран промываются теплой водой с любым моющим средством и высушиваются в положении, обеспечивающем свободный сток воды.

При обеззараживании многоразовой защитной одежды следует учитывать рекомендации производителя с тем, чтобы изделия в процессе обеззараживания не потеряли свои потребительские, в первую очередь защитные, свойства. Защитную одежду, находящуюся на складах длительного хранения, перед эксплуатацией, при необходимости, стирают с использованием обычных моющих средств.

При этом многоразовая защитная одежда (маска, халат, шапочка, косынка), изготовленные из термостойких (хлопчатобумажных) тканей, подлежат обеззараживанию способом погружения в раствор дезинфицирующего средства или автоклавированием. После обеззараживания одежду стирают с использованием обычных моющих средств при температуре не ниже 60°C.

Режимами обеззараживания для многоразовой защитной одежды, изготовленной из хлопчатобумажных тканей, являются в основном следующие:

- замачивание в растворе кислородоактивных хлороактивных дезинфицирующих средств, например, 3% перекись водорода с 0,5% моющего средств при начальной температуре раствора не ниже 50°C (60 минут), 0,5% раствор гипохлорита натрия при начальной температуре раствора не ниже 50°C (30 минут);

- кипячение в 2% растворе кальцинированной соды – 30 минут;

- автоклавирование в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см² (0,11 МПа), (120+2)°C, экспозиция 45 минут.

Многоразовая защитная одежда из нетканых материалов (комбинезоны, костюмы) подлежат обеззараживанию с учетом рекомендаций производителя, изложенных в инструкции по их применению, как правило, следующими способами:

- погружением в растворы кислородоактивных, хлороактивных дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению (например, 3% перекись водорода с 0,5% моющего средства);

- автоклавированием в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см² (0,11 МПа), (120+2)°C, экспозиция 45 минут.

После каждого цикла обработки многоразовой защитной одежды и СИЗ проводится визуальный контроль их целостности, включая швы и соединения.

Не подлежащая дальнейшему использованию многоразовая защитная одежда обеззараживается в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

Все виды работ с дезинфицирующими средствами следует выполнять во влагонепроницаемых перчатках одноразовых (при медицинских манипуляциях) или многократного применения. Дезинфицирующие средства хранят закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном и затемненном месте. Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в инструкции по его применению.

Респираторы или фильтрующие полумаски – это средства индивидуальной защиты органов дыхания (СИЗОД), предназначенные для снижения риска инфицирования медицинских работников, работающих в условиях высокого риска распространения инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Имеются основания полагать, что быстрому распространению коронавирусной инфекции способствует то, что вирус передается не только при непосредственном контакте с источником инфекции и воздушно-капельным путем (через крупные капли) как большинство ОРВИ, но и в существенной степени через инфекционные аэрозоли (инфицированный воздух). Поэтому применение респираторов со степенью защиты не ниже FFP2 (Filtering Face Piece – фильтрующая полумаска, одноразовый респиратор — класс защиты, обеспечивающий фильтрацию 94% твердых и жидких частиц в ходе проведения испытаний) в зонах высокого риска инфицирования обязательно для медицинского персонала, занятого оказанием медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Принцип работы респиратора состоит в высокоэффективной фильтрации выдыхаемого воздуха, благодаря которой резко снижается риск проникновения в дыхательные пути, в том числе в терминальные бронхиолы и альвеолы, инфекционного аэрозоля (стойкой взвеси в воздухе мельчайших частиц, содержащих жизнеспособные патогенные микроорганизмы).

Для обеспечения максимальной защиты при использовании респиратора необходимо помнить правила его надевания. Правильное надевание – наиболее важное условие эффективности его применения для защиты от инфицирования. Правильное надевание абсолютно необходимо для обеспечения максимально герметичного прилегания краев полумаски респиратора к лицу для исключения возможности утечки неотфильтрованного инфицированного воздуха в зону дыхания, минуя высокоэффективный фильтр, каковым и является полумаска респиратора. Крайне важно ознакомиться и тщательно каждый раз выполнять требования инструкции по правилам, указанным в упаковке респиратора.

После каждого надевания респиратора перед входом в зону высокого риска инфицирования необходимо проводить его проверку на утечку: сделать 2-3 форсированных вдоха-выдоха, при этом убедиться, что отсутствует подсос и выход воздуха по краям респиратора, а на вдохе респиратор плотно прижимается к лицу без утечки воздуха по краям. Если при этом выявлена утечка воздуха под полумаску, нужно проверить правильность одевания респиратора, повторно надев его.

Длительность использования респиратора в течение рабочего дня ограничена только гигиеническими соображениями (необходимость приема пищи, появление избыточной влажности под полумаской при высокой температуре воздуха и т.п.), поскольку эффективность фильтрации со временем только повышается при условии, что респиратор не поврежден и обеспечивает хорошее прилегание к лицу.

Безопасное снятие респиратора необходимо для исключения риска инфицирования с наружной поверхности респиратора в результате ее контакта с кожей в случае, если она контаминирована инфицированными биологическими жидкостями. Респиратор снимают в перчатках за резинки (сначала снимая нижнюю резинку, затем верхнюю), не касаясь наружной и внутренней поверхностей полумаски респиратора.

Обеззараживание и/или обезвреживание используемых респираторов проводится в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

Важно исключить ношение респиратора на шее или лбу во время перерывов в работе.

Повторное использование респиратора тем же медицинским работником в условиях оказания помощи больным с COVID-19 возможно при выполнении следующих условий:

1. Респиратор физически не поврежден;
2. Респиратор обеспечивает плотное прилегание к лицу, исключая утечку воздуха под полумаску;
3. Респиратор не создает избыточного сопротивления дыханию из-за повышенной влажности;
4. Респиратор не имеет видимых следов контаминации биологическими жидкостями.

Если по крайней мере одно из вышеперечисленных условий не выполняется, безопасное повторное использование такого респиратора невозможно, и он подлежит обеззараживанию и/или обезвреживанию с последующим захоронением или уничтожением в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

Если предполагается повторное использование респиратора, его маркируют инициалами пользователя, дезинфицируют ультрафиолетовым бактерицидным

облучением, дают полностью высохнуть, если респиратор влажный, и до использования хранят в бумажном пакете или салфетке.

Допустимо применение УФБИ для обеззараживания наружной поверхности использованных респираторов и их повторного использования. УФБИ, не проникая глубоко внутрь фильтрующего материала, эффективно обеззараживает его облучаемую поверхность, резко снижая риск контактного инфицирования. Для обеззараживания поверхности респиратора его оставляют в тщательно расправленном виде наружной поверхностью вверх по направлению к УФБИ облучателю открытого типа с суммарным бактерицидным потоком излучения не ниже 100 Вт на расстоянии не более 2 метра от него не менее, чем на 10 минут. Суммарной дозы УФБИ достаточно для надежного обеззараживания незатененной поверхности фильтрующей полумаски для безопасного повторного ее использования при соблюдении вышеперечисленных стандартных мер предупреждения контактного инфицирования.

Использованные респираторы нельзя мыть, механически чистить, обрабатывать дезинфектантами, обеззараживать высокими температурами, паром и т.д. Между периодами повторного использования респиратор должен храниться в расправленном виде в сухом чистом месте (в салфетке или бумажном пакете с инициалами пользователя). Передача респиратора для использования другим человеком не допускается.

Использование поверх правильно надетого респиратора медицинской (хирургической) маски позволяет резко снизить вероятность контаминации наружной поверхности респиратора биологическими жидкостями. При этом после каждого снятия респиратора маска должна быть сброшена в контейнер для отходов класса В, а респиратор может использоваться повторно.

В целях обеззараживания воздуха дезинфекция проводится дезинфицирующими средствами, применяются бактерицидный облучатель или другое устройство для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей для дезинфекции воздушной среды помещения. Количество необходимых облучателей рассчитывается в соответствии с инструкцией по их применению на кубатуру площади, на которой они будут установлены.

Применение максимально возможных режимов естественной вентиляции (постоянного максимального возможного проветривания) позволяет достичь резкого снижения концентрации инфекционного аэрозоля в воздухе помещений и соответственно резко снизить риск распространения инфекций через воздух.

Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.), относятся к чрезвычайно эпидемиологически опасным

отходам класса В и подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции)/обезвреживанию физическими методами (термические, микроволновые, радиационные и другие), для чего в медицинской организации необходимо предусмотреть наличие специализированной установки, работающей с использованием таких методов.

2.4. Специфическая профилактика развития COVID-19 (вакцинация)

В Российской Федерации в настоящее время для вакцинации против COVID-19 у взрослых лиц зарегистрированы следующие вакцины:

- комбинированная векторная вакцина («Гам-КОВИД-Вак»), дата регистрации 11.08.2020;
- комбинированная векторная вакцина («Гам-КОВИД-Вак-Лио»), дата регистрации 25.08.2020;
- вакцина на основе пептидных антигенов («ЭпиВакКорона»), дата регистрации 13.10.2020;
- вакцина коронавирусная инактивированная цельновирионная концентрированная очищенная («КовиВак»), дата регистрации 19.02.2021;
- вакцина для профилактики COVID-19 («Спутник Лайт»), дата регистрации 06.05.2021.

В день проведения вакцинации пациент должен быть осмотрен медицинским работником с обязательным измерением температуры тела. В случае повышения температуры тела более 37 °С вакцинацию не проводят. После введения вакцины пациент должен находиться под наблюдением медицинского работника в течение 30 минут.

В Календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям определены категории граждан с учетом приоритетности получения вакцины против COVID-19. В приоритетном порядке также рекомендуется вакцинировать лиц старше 60 лет, не имеющих противопоказаний к вакцинации.

При подготовке к вакцинации против COVID-19, проведение лабораторных исследований на наличие иммуноглобулинов классов G и M к вирусу SARS-CoV-2 не является обязательным. Вместе с тем лица, имеющие положительные результаты исследования на наличие иммуноглобулинов классов G и M к вирусу SARS-CoV-2, полученные вне рамок подготовки к вакцинированию, не прививаются. Исследование биоматериала из носо- и ротоглотки методом ПЦР (или экспресс-тестом) на наличие коронавируса SARS-CoV-2 проводится только при наличии контакта с больными

инфекционными заболеваниями в течение последних 14 дней, а также при наличии какого-либо симптома заболевания в течение последних 14 дней.

С 18.01.2021 г. в Российской Федерации проводится массовая вакцинация населения против COVID-19.

В многочисленных исследованиях показано, что более 80% вируснейтрализующих антител направлены к рецептор-связывающему домену (RBD) S-белка SARS-CoV-2. При оценке напряженности поствакцинального протективного иммунитета методом иммуноферментного анализа рекомендуется определение антител к рецептор-связывающему домену (анти-RBD антител).

3. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в условиях пандемии COVID-19

3.1. Организационные аспекты проведения диспансерного наблюдения

3.1.1. Общие положения

Помимо непосредственных последствий, обусловленных пандемией COVID-19 оказывает серьезное влияние на системы здравоохранения и состояние здоровья людей.

Все страны отмечают снижение числа диагностических процедур, плановых операций и других видов профилактической и лечебной помощи. Например, согласно отчету Epic Health Research Network, частота проведения обследований на выявление рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки сократилась на 86-94% по сравнению с предыдущими годами

Если эта тенденция сохранится, отсроченный скрининг и диагностика могут привести к более поздней диагностике этих видов рака и, как следствие, увеличению частоты более поздних форм болезни и смертности.

Имеются ограниченные данные, информирующие о стратегиях амбулаторной тактики ведения пациентов в условиях пандемии COVID-19, и представленный подход основан на клиническом опыте и онлайн публикациях англоязычных рекомендаций.

В условиях пандемии быстрое внедрение дистанционных технологий обусловлено:

- необходимостью снижения риска распространения инфекции (риск выше при прямом контакте медицинских сотрудников и пациентов);
- высокой потребностью в ресурсах системы здравоохранения и дефицитом СИЗ;
- высоким риском внутрибольничной инфекции (это особенно важно при ослабленной иммунной системе пациентов с ХНИЗ).
- необходимостью сохранения диспансерного наблюдения, прежде всего, больных высокого риска развития осложнений (риск увеличения числа госпитализаций и смертности).

Таким образом:

1. Плановое посещение медицинских учреждений во время пандемии COVID-19 следует отложить.
2. Учитывая высокую контагиозность возбудителя, значительную нагрузку на врачей первичного звена в период эпидемии, целесообразным является

широкое применение дистанционных технологий амбулаторной тактики ведения пациентов с ХНИЗ в условиях пандемии COVID-19.

3. Телемедицинское консультирование (аудио- или видео-контакты) проводят участковые врачи. При необходимости могут привлекаться врачи кабинетов (отделений) медицинской профилактики, средний медицинский персонал, страховые представители, которые должны передавать информацию участковому врачу, при возможности – врачи кабинетов высокого риска. Также по направлению лечащего врача к выполнению данных функций могут быть привлечены специализированные медицинские организации (центры дистанционного наблюдения), непосредственно осуществляющие дистанционное наблюдение соответствующих показателей здоровья, которые должны передавать информацию участковому (лечащему) врачу.
4. Учитывая высокий риск увеличения числа госпитализация и смертности в группе больных высокого риска развития осложнений в связи с ХНИЗ, целесообразно особое внимание уделить данной группе пациентов. Для дистанционного диспансерного наблюдения больных высокого риска развития осложнений в связи с ХНИЗ целесообразно создать на базе медицинских организаций субъектов Российской Федерации, осуществляющих диспансерное наблюдение, функциональных направлений (отдельных структур), за которыми закрепляются врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-кардиологи, непосредственно осуществляющие диспансерное наблюдение с использованием телемедицинских технологий, с нормативом прикрепления 2-3 тыс. больных на одного врача.
5. При проведении дистанционного консультирования целесообразно использовать чек-листы, однако вопросы могут быть дополнены с учетом клинической ситуации.
6. Коррекция назначенного лечения (лекарственной терапии) осуществляется дистанционно, включая выписку электронного рецепта на лекарственные препараты.
7. Выполнение плановых исследований следует отложить, если в этом нет острой необходимости.
8. Периодичность дистанционного диспансерного наблюдения определяется индивидуально, зависит от течения заболевания, необходимости коррекции терапии, но частота диспансерных осмотров должна быть не реже частоты, обозначенной в «Порядке проведения диспансерного наблюдения за

взрослыми», утвержденном приказом Минздрава России от 29.03.2019 г. №173н.

9. По результатам дистанционного консультирования должна заполняться «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма №030/у).
10. Если у пациента возникла необходимость в получении дополнительной консультации у участкового врача, он должен сообщить об этом в колл-центр или регистратуру соответствующего учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь.

Важно донести до сведения всех пациентов с ХНИЗ, что в условиях пандемии COVID-19 им необходимо продолжить прием всех рекомендованных препаратов.

3.1.2. Критерии целесообразности госпитализации пациента с диагностированной COVID-19 и ХНИЗ

1. Высокий риск осложненного течения COVID-19 у пациента или проживающих вместе с ним лиц – независимо от тяжести течения заболевания:
 - 1.1. Наличие у пациента сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточности (ХСН), морбидного ожирения, СД, хронической болезни почек, бронхиальной астмы, других хронических бронхолегочных заболеваний.
 - 1.2. Возраст пациента старше 65 лет.
 - 1.3. Беременность.
 - 1.4. Невозможность отселения проживающих совместно с пациентом лиц, относящихся к вышеперечисленным группам риска (лица в возрасте старше 65 лет, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, беременные женщины).
2. Тяжелое / среднетяжелое состояние пациента:
 - 2.1. Угнетение сознания (нарушение или замедление глазомоторных, моторных, речевых реакций) или сильное эмоциональное возбуждение¹.
 - 2.2. Появление или усиление выраженности одышки при физической нагрузке.
 - 2.3. Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$.
 - 2.4. ЧДД $>22/\text{мин}$.
 - 2.5. Систолическое АД <90 мм рт.ст. или диастолическое АД <60 мм рт.ст.

¹ У пациентов с тяжелой формой COVID-19 могут отмечаться другие симптомы поражения центральной и периферической нервной системы (головная боль, головокружение, атаксия, эпилептические приступы, гипоосмия, офтальмопатия, невралгии, миалгии).

- 2.6. Олигурия или анурия (диурез $<0,5$ л/сут.).
 - 2.7. Уровень насыщения крови кислородом SpO₂ $<93-95\%$.
 - 2.8. Подтвержденная посредством компьютерной томографии (КТ) пневмония (рентгенологические признаки очаговой инфильтрации легочной ткани в отсутствие терапевтической альтернативы²).
 - 2.9. СРБ сыворотки крови >10 мг/л.
3. Острые состояния, в частности:
- 3.1. Подозрение на острый коронарный синдром (ОКС).
 - 3.2. Подозрение на тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА).
 - 3.3. Подозрение на расслоение аорты.
 - 3.4. Подозрение на инсульт.
 - 3.5. Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма и проводимости.
 - 3.6. Гипертонический криз.
- решение о необходимости госпитализации пациента принимается врачом на основании комплекса клинико-эпидемиологических данных. В сомнительных случаях приоритет отдается госпитализации пациента;
 - к признакам COVID-19 легкой степени тяжести, не требующей обязательной госпитализации, относятся температура тела ниже 38°C, кашель, слабость, боли в горле в отсутствии хотя бы одного критерия среднетяжелого или тяжелого течения;
 - маршрутизация пациентов по поводу обострений и осложнений сердечно-сосудистых, в том числе неврологических и эндокринных заболеваний, осуществляется в профильные отделения с соблюдением правил организации медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19;
 - плановую госпитализацию во время пандемии COVID-19 целесообразно отложить.

Порядок действий в случае принятия решения о госпитализации:

1. Получить согласие пациента на госпитализацию.
2. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
3. Сообщить диспетчеру о случае COVID-19 и принятом решении о госпитализации пациента.

² Отсутствие характерных клинико-лабораторных признаков (лихорадка, кашель с мокротой, очаговая крепитация/мелкопузырчатые хрипы в легких, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука, лейкоцитоз $>10 \times 10^9$ /л и/или палочкоядерный сдвиг $>10\%$) не исключает диагноза пневмонии. Тем не менее, необходима проверка терапевтической альтернативы, в частности ТЭЛА, требующей маршрутизации пациента в специализированные отделения.

4. Сообщить руководителю медицинской организации о случае COVID-19 и принятом решении о госпитализации пациента.
5. При тяжелом состоянии больного дожидаться приезда бригады скорой медицинской помощи.

Чек-лист оценки показаний к госпитализации пациента с диагностированной COVID-19 и ХНИЗ

Критерии целесообразности госпитализации пациента с диагностированной COVID-19 и ХНИЗ	Есть / нет
Наличие у пациента:	
сердечно-сосудистых заболеваний, в частности: ИБС перенесенного инфаркта миокарда фибрилляции предсердий хронической сердечной недостаточности (ХСН)	
Морбидного ожирения	
СД	
Хронической болезни почек	
БА	
Других хронических бронхолегочных заболеваний	
Возраст старше 65 лет	
Беременность	
Проживание совместно с пациентом лиц из вышеперечисленных групп риска (при невозможности их отселения)	
Угнетение сознания или сильное эмоциональное возбуждение	
Появление / усиление одышки при физической нагрузке	
Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$	
ЧДД $>22/\text{мин}$	
САД <90 мм рт.ст. или ДАД <60 мм рт.ст.	
Олигурия или анурия (диурез $<0,5$ л/сут.)	
SpO ₂ $<93-95\%$	
Подтвержденная посредством КТ диагноза пневмонии	
СРБ сыворотки крови >10 мг/л	
Острое состояние / обострение ХНИЗ, требующее госпитализации вне зависимости от наличия COVID-19	

Расшифровка: наличие хотя бы одного критерия из перечисленных является показанием к рассмотрению вопроса о госпитализации пациента. Окончательное решение принимается врачом на основании комплекса клинико-эпидемических данных.

3.2. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях пандемии COVID-19

3.2.1. Особенности ведения пациентов с ССЗ, находящихся на амбулаторном лечении по поводу COVID-19, в том числе после выписки из стационара, а также диспансерное наблюдение в условиях пандемии COVID-19

— Согласно соответствующим исследованиям, доля пациентов с COVID-19 с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как гипертония, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, была больше, чем у пациентов с другими заболеваниями, что позволяет предположить, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут быть более восприимчивыми к инфекции SARS-CoV-2 пожилой возраст также был связан с повышенным риском инфицирования и худшим исходом.

— наличие ССЗ ассоциировано с более высоким риском осложнений при присоединении инфекции. По данным российского Регистра ОКС почти у половины больных с острой коронарной недостаточностью первым проявлением ИБС является ИМ. Поэтому можно предполагать, что только 40–50% всех больных ИБС знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50–60% случаев заболевание остается нераспознанным. В связи с этим пациенты с несколькими факторами сердечно-сосудистого риска должны быть обследованы с целью как можно более раннего выявления стабильной ИБС и назначения соответствующей терапии, включая антиагрегантную. Пациентам, получающим антикоагулянтную или антитромбоцитарную терапию по поводу основных состояний, следует продолжать прием этих лекарств, если им поставлен диагноз COVID-19 (АИИ).

Пациенты с COVID-19, находящиеся на амбулаторном лечении:

— Не госпитализированным пациентам с COVID-19 не следует начинать антикоагулянтную и антитромбоцитарную терапию для предотвращения ВТЭ или артериального тромбоза, если у пациента нет других показаний для терапии или он не участвует в клинических испытаниях (АИИ)

- целесообразно организовать наблюдение пациентов с ССЗ **в кабинетах высокого риска**, помощь в которых может оказывать врач-кардиолог или врач-терапевт, обладающий широким опытом ведения пациентов с кардиологической патологией;
- при необходимости в период пандемии COVID-19 **обеспечить дистанционное консультирование пациентов с ССЗ** (аудио- или видео-контакты) с использованием чек-листов для унификации дистанционного опроса и привлечением среднего медицинского персонала. Необходимо сохранить периодичность дистанционного диспансерного наблюдения согласно «Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (Приказ Минздрава России от 29.03.2019 №173н);
- наблюдение пациентов с АГ высокого и очень высокого риска рекомендуется проводить с использованием дистанционных технологий, в том числе дистанционного мониторинга артериального давления;
- рекомендовано отложить любое исследование, которое напрямую не повлияет на выбор тактики ведения пациента. Решение о выполнении исследования должно основываться на индивидуальной оценке риска с учетом клинического статуса пациента. Предпочтительно выполнять исследования дистанционно;
- необходимо рассмотреть более широкое внедрение выписки электронных рецептов и контролируруемую реализацию рецептурных предписаний;
- пациенты, инфицированные SARS-CoV-2, должны продолжить лечение, назначенное по поводу ССЗ. Обращаем внимание, что в настоящее время нет доказательств рисков, ассоциированных с приемом препаратов для лечения ССЗ и вероятностью заражения коронавирусной инфекцией;
- при выборе этиотропного лечения пациентам с COVID-19 согласно временным методическим рекомендациям от 14.10.2021г. из рекомендованных препаратов (фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа) при наличии ССЗ предпочтение следует отдавать **ремдесивиру**, который имеет благоприятный профиль безопасности (частота нежелательных явлений у пациентов, получавших ремдесивир в клинических исследованиях, не отличалась от таковой в группе стандартной терапии);
- учитывая, что пациенты с ССЗ, как правило, получают комбинированную фармакотерапию, при назначении препаратов для лечения COVID-19 необходимо помнить о возможных лекарственных взаимодействиях,

информация о которых размещена на сайте <https://www.covid19-druginteractions.org/>;

- у пациентов с COVID-19 могут развиваться нарушения системы гемостаза вследствие прокоагулянтного эффекта воспаления, что повышает риск тромботических осложнений и определяет необходимость использования антитромботических препаратов.

У пациентов с COVID-19 рекомендуется определять уровень D-димера в крови, уровень фибриногена, выполнять развернутый общий анализ крови с оценкой количества тромбоцитов в динамике. Профилактику тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей/ТЭЛА с использованием профилактических доз низкомолекулярного гепарина (НМГ) следует рассматривать для больных со среднетяжёлой формой COVID-19, которые **в условиях карантина лечатся дома и имеют высокий риск венозных тромбоэмболических осложнений**, низкий риск кровотечений и не получают антикоагулянтного лечения по другим показаниям. Это относится прежде всего к больным с сильно ограниченной подвижностью, ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, активным злокачественным новообразованием, крупной операцией или травмой в предшествующий месяц, антифосфолипидным синдромом, носителям ряда тромбофилий (дефициты антитромбина, протеинов С или S, мутации в гене фактора V Лейден, мутация гена протромбина G-20210A), а также при сочетании дополнительных факторов риска ТГВ/ТЭЛА (возраст старше 70 лет, сердечная/дыхательная недостаточность, ожирение, системные заболевания соединительной ткани, гормональная заместительная терапия/приём оральных контрацептивов).

При отсутствии НМГ можно рассмотреть вопрос о применении прямых пероральных антикоагулянтов (ривароксабан в дозе 10 мг 1 раз в сутки или апиксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки). Возможно также применение дабигатрана этексилата, однако следует учитывать, что он не изучен как средство профилактики ТГВ/ТЭЛА у нехирургических больных. Кроме того, выведение дабигатрана этексилата в наибольшей степени зависит от функции почек. С учетом опыта применения дабигатрана этексилата для профилактики ТГВ/ТЭЛА в ортопедической хирургии, а также результатов его изучения для профилактики сосудистых осложнений после несердечных хирургических вмешательств у больных с синусовым ритмом и повышенным уровнем сердечного тропонина, не исключено, что его доза может составлять 110 мг 2 раза в сутки (для больных с клиренсом креатинина 30-49 мл/мин – 75 мг 2 раза в сутки).

При амбулаторном назначении антикоагулянтов следует уделять особое внимание наличию противопоказаний (прежде всего – выраженной почечной недостаточности), во время их использования необходимо повторно оценивать риск и активно искать признаки кровотечений. Длительность применения антикоагулянтов при амбулаторном лечении COVID-19 не ясна, и, по-видимому, может продолжаться вплоть до 30 суток в зависимости от динамики клинического состояния пациента и сроков восстановления двигательной активности.

Продленная профилактика у больных с COVID-19 **после выписки из стационара** может быть рассмотрена при сохраняющемся повышенном риске венозных тромбоэмболических осложнений и низком риске кровотечений в случаях, когда не требуются лечебные дозы антикоагулянта по другим показаниям. В единственном к настоящему времени рандомизированном контролируемом исследовании продемонстрирована возможность продления профилактики ТГВ/ТЭЛА у больных с COVID-19 при применении ривароксабана в дозе 10 мг 1 раз в сутки в течение 35 дней после выписки. Для отбора больных, нуждающихся в продленном использовании профилактических доз антикоагулянтов, рекомендуется использовать модифицированную шкалу IMPROVE VTE с учетом уровня D-димера во время госпитализации.

Продленная профилактика ТГВ (до 30-45 дней после выписки) может быть рекомендована больным пожилого возраста, больным, лечившимся в блоке интенсивной терапии, с активным злокачественным новообразованием, ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, пациентам с сохраняющимся выраженным ограничением подвижности, с концентрацией D-димера в крови в 2 раза превышающей верхнюю границу нормы.

- Пациентам с ССЗ, перенесшим COVID-19, независимо от степени тяжести, рекомендовано внеочередное консультирование с целью оценки возможных сердечно-сосудистых осложнений, необходимости обследования (ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ) и коррекции терапии;
- нарушения ритма сердца являются частыми осложнениями COVID-19, которые могут сохраняться даже после выздоровления. Наиболее часто встречаются фибрилляция предсердий, суправентрикулярная тахикардия, желудочковая тахикардия и атриовентрикулярные блокады. В связи с этим у пациентов с ССЗ, перенесших COVID-19, следует оценить клинические симптомы, необходимость выполнения ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ;
- при отсутствии жалоб и патологических изменений по результатам исследований дальнейшее диспансерное наблюдение за пациентами с ССЗ,

перенесшими COVID-19, осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 29.03.2019 №173н.

3.2.2. Артериальная гипертензия

Тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях:

- коррекция АГ у больных COVID-19 проводится исходя из общих клинических рекомендаций;
- у пациентов с АГ и COVID-19 оптимальная антигипертензивная терапия (особенно применение блокаторов ренин-ангиотензиновой системы и АМКР) способствует повышению выживаемости больных;
- следует избегать избыточного снижения АД, особенно <110/70 мм рт.ст.
- поскольку не установлен целевой уровень АД для больных COVID-19, следует использовать стандартные целевые уровни АД для пациентов с учётом возраста и коморбидной патологии;
- в связи с важностью применения статинов у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, продолжить прием статинов пациентам с COVID-19, которым они были назначены ранее, без необоснованного снижения ранее предписанных дозировок, или возобновить прием статинов пациентам, имеющим показания для назначения этих препаратов. Пациентам с COVID-19 при наличии показаний назначить статины, если они не были назначены ранее. С целью минимизации возможного риска лекарственных взаимодействий противовирусных препаратов и препаратов для патогенетической терапии пациентам с COVID-19 при выборе статина из представленных молекул предпочтение следует отдавать питевастатину;
- удхкучитывая накопленный опыт дистанционного наблюдения больных АГ, целесообразно предоставление больным высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений персональных медицинских изделий (телемедицинских тонометров), обеспечивающих беспроводную передачу данных в медицинскую организацию. Предоставление пациенту телемедицинского тонометра может быть обеспечено посредством курьерской доставки, с привлечением волонтеров, а также медицинскими работниками при оказании больному медицинской помощи (при обращении в медицинскую организацию, при оказании медицинской помощи на дому, при выписке из стационара, при оказании скорой помощи). Рекомендации по проведению дистанционного наблюдения больных АГ представлены в «Методических

рекомендациях по организации дистанционного наблюдения больных артериальной гипертензией;

- пациенты с АГ имеют высокий риск тяжелого течения COVID-19, в связи с этим в приоритетном порядке требуется решение вопроса о **вакцинации** этой категории больных.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с АГ в условиях пандемии COVID-19, в том числе при сочетании с COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента или удаленного мониторинга АД для лиц очень высокого риска)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту, иррадиацию боли Оценить необходимость выполнения ЭКГ, в том числе при физической нагрузке Коррекция терапии*
Жалобы на приступы	Нет	Продолжить терапию

учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения АГ, при необходимости – коррекция терапии
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации
Примечание: * – если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.		

3.2.3 Стабильная ишемическая болезнь сердца

Пациенты с хронической ИБС составляют группу высокого риска тяжелого течения COVID-19, развития осложнений, в том числе сердечно-сосудистых, и смерти, как в остром периоде COVID-19, так и на отдаленном этапе. Оптимальным является наблюдение таких пациентов в кабинете высокого риска.

Тактика ведения в амбулаторных условиях:

- у пациентов с ИБС высок риск разрыва атеросклеротической бляшки при вирус-индуцированном воспалении, поэтому рекомендуется продолжить

- прием препаратов, стабилизирующих бляшки (статины, антиагреганты, блокаторы ренин-ангиотензиновой системы, бета-адреноблокаторы);
- при коронавирусной инфекции положительный клинический эффект статинов связан с их плеотропным действием (снижением выраженности воспаления, риска тромбообразования, восстановлением функции эндотелия, вазопротективным, иммуномодулирующим, противовирусным, антипролиферативным, антиоксидантным, АПФ-модулирующим действием, поэтому в рекомендациях по лечению COVID-19 отмечается важность применения статинов у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2. Необходимо продолжить прием статинов пациентам с COVID-19, которым они были назначены ранее, без необоснованного снижения ранее предписанных дозировок, или возобновить прием статинов пациентам, имеющим показания для назначения этих препаратов; могут быть назначены статины, имеющие показания к назначению у пациентов с ИБС, в необходимых для снижения ХС ЛПНП дозах; как в первичной, так и во вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС с целью снижения смертности, инфарктов миокарда, инсультов, повторных госпитализаций по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации может быть использован аторвастатин. В случае, если пациент относится к группе высокого риска лекарственных взаимодействий в связи с сочетанной патологией и получаемой терапией (возраст ≥ 65 лет, ХБП \geq III стадии, тяжелое течение COVID-19), может быть рассмотрено назначение питавастатина;
 - статины обладают противовирусной активностью за счет ингибирования основных протеолитических ферментов вируса SARS-CoV-2, сопоставимого с противовирусными и антиретровирусными препаратами (фавиправиром, нелфинавиром, лопинавиром) при максимально выраженном эффекте питавастатина;
 - прием статинов в комбинации с урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) в дозе 10–15 мг/кг/сут может быть рекомендован для применения группе пациентов, имеющих сопутствующие заболевания печени и/или желчевыводящих путей, а также на фоне приема противовирусных препаратов. Комбинация статинов с УДХК потенцирует гипохолестеринемическое действие статинов, предупреждает развитие цитолиза и способствует снижению повышенного уровня трансаминаз;

- при назначении противовирусных препаратов необходимо оценить риск лекарственных взаимодействий с учетом приема всех рекомендованных препаратов для лечения ИБС (сайт <https://www.covid19-druginteractions.org/>);
- в связи с отсутствием достоверных данных о длительности сохранения более высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ССЗ, перенесших COVID-19, следует определить следующую кратность диспансерного наблюдения: 1 раз в месяц в течение 3-х месяцев, далее 1 раз в 3 месяца до года;
- пациенты с ИБС имеют высокий риск тяжелого течения COVID-19, в связи с этим в приоритетном порядке требуется решение вопроса о **вакцинации** этой категории больных.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с ИБС в условиях пандемии COVID-19, в том числе при сочетании с COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на боли за грудиной или в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту, иррадиацию боли Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ, в том числе при физической нагрузке Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на приступы	Нет	Продолжить терапию

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения ИБС, при необходимости – коррекция терапии
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации

Примечание: * – если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.

3.2.4. Сердечная недостаточность

Общие рекомендации по тактике ведения:

- пациенты с ХСН составляют группу риска тяжелого течения COVID-19 и осложнений, поэтому оптимальным является организация наблюдения таких пациентов в кабинете высокого риска;
- Медикаментозная терапия сердечной недостаточности не должна прерываться из-за теоретических соображений, а должна основываться на переносимости и клинической картине.
- при развитии COVID-19 пациенты с ХСН должны быть госпитализированы в стационар независимо от тяжести симптомов, с учетом ФК, в связи с высокой вероятностью молниеносного развития опасных осложнений;
- необходимо продолжить прием всех рекомендованных препаратов. В настоящее время не только нет доказательств о рисках применения иАПФ и БРА при инфицировании SARS-CoV-2, но и получены данные о более низких показателях смертности от COVID-19 при приеме этих препаратов в составе базисной терапии;
- не обоснована отмена базовой медикаментозной терапии. Оптимальная медикаментозная терапия лечения пациентов с ХСН (иАПФ или блокаторы рецепторов АП, или АРНИ) в комбинации с бета-адреноблокатором, антагонистом минералокортикоидных рецепторов и ингибитором натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (диуретик при необходимости). Данная терапия снижает риск повторных госпитализаций, осложнений и смерти. Возможна коррекция терапии на период назначения противовирусных препаратов с учетом риска лекарственных взаимодействий и побочных эффектов (сайт <https://www.covid19-druginteractions.org/>). Отдельные исследования свидетельствуют о возможности применения эплеренона в дополнении к базовой терапии с целью снижения риска госпитализации и сердечно-сосудистой смертности. Эплеренон может применяться при начальной дозировке 25 мг с последующим повышением до максимально рекомендуемой дозы 50 мг 1 раз в сутки;

- необходимо учитывать, что лихорадка любого происхождения существенно влияет на водно-солевой обмен и увеличивает нагрузку на сердце.

Лечебная тактика в случае появления лихорадки:

- парацетамол является предпочтительным жаропонижающим;
- необходимо ежедневно контролировать объем выпитой и выделенной жидкости и вес пациента, измерять АД сидя и стоя;
- резкое сокращение приема жидкости (<1,5 л) при лихорадке у больного ХСН нецелесообразно, однако употреблении объема более 2 литров может привести к нарастанию недостаточности кровообращения;
- при значительном потоотделении, одышке целесообразно увеличить употребление жидкости, а дозу диуретика корректировать в зависимости от выраженности недостаточности кровообращения или гиповолемии;
- повышение объема потребляемой жидкости и/или возрастающая доза диуретиков могут способствовать развитию гипонатриемии, поэтому рекомендовано контролировать содержание натрия в крови.

Тактика в случае нарастания одышки у больного ХСН при подозрении на инфекцию COVID-19:

Усиление одышки может быть связано как с декомпенсацией ХСН, так и с ТЭЛА, или развитием дыхательной недостаточности при пневмонии.

Необходимы:

- тщательный сбор эпидемиологического анамнеза;
- выявление лихорадки и оценка респираторных симптомов (ринит, увеличение частоты дыхательных движений, кашель, хрипы);
- рентгенография легких в двух проекциях, или ультразвуковое исследование легких, или КТ органов грудной клетки;
- оценка маркеров воспаления (С-реактивного белка) и развернутого клинического анализа крови (лимфоцитопения или лейкоцитоз);
- ЭхоКГ.

Оценка уровня NT-proBNP

При возможности определения уровня NT-proBNP у пациента с нарастающей одышкой может быть рекомендована следующая тактика:

- NT-proBNP ≥ 2000 пг/мл – наивысший риск; приоритет для очного осмотра и госпитализации;
- $400 \leq \text{NT-proBNP} < 2000$ пг/мл – пациенты с промежуточным риском, могут нуждаться в заочном консультировании и проведении ЭхоКГ по возможности.

Тактика ведения при стабильном течении ХСН:

- медицинские работники, осуществляющие дистанционное консультирование, должны указать на необходимость **продолжить прием всех рекомендованных препаратов;**
- важным является **обучение пациентов** навыкам контроля симптомов заболевания (включая ежедневное взвешивание) и своевременное распознавание симптомов декомпенсации;
- пациенты должны знать, что плановые визиты для консультаций и плановых обследований в период пандемии отложены, но при возникновении необходимости в консультации с лечащим врачом, они должны обратиться по телефону в регистратуру (колл-центр) учреждения, оказывающего им первичную медико-санитарную помощь;
- при необходимости коррекция медикаментозной терапии может осуществляться дистанционно, включая выписку электронного рецепта на лекарственные препараты;
- пациенты с ХСН имеют высокий риск тяжелого течения COVID-19, в связи с этим в приоритетном порядке требуется решение вопроса **о вакцинации** этой категории больных.

Особенности ведения пациентов с ХСН, перенесших COVID-19:

- у **всех пациентов, перенесших COVID-19**, должна быть **продолжена оптимальная медикаментозная** терапия лечения пациентов с ХСН (иАПФ или блокаторы рецепторов АП, или АРНИ) в комбинации с бета-адреноблокатором, антагонистом минералокортикоидных рецепторов и ингибитором натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (диуретик при необходимости). Данная терапия снижает риск повторных госпитализаций, осложнений и смерти.;
- после выписки из стационара необходимо обеспечить **дистанционный контакт с пациентом** в течение первых 24-48 часов и далее в плановом

порядке через 4 и 8 недель. В зависимости от степени тяжести ХСН следует организовать наблюдение пациентов, перенесших COVID-19, врачом-кардиологом или врачом-терапевтом в соответствии с Приказом Минздрава России от 29.03.2019 №173н;

- как можно раньше должна быть начата **физическая реабилитация пациентов с ХСН**, перенесших COVID-19. В план занятий в первую очередь должна быть включена дыхательная гимнастика.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с ХСН в условиях пандемии COVID-19, в том числе при сочетании с COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	При нагрузке В покое	Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Ортопноэ	Нет	Продолжить терапию
	Да	Коррекция терапии*
В каком положении больной находится в постели	Горизонтально	Продолжить терапию
	С приподнятым головным	Оценить динамику Коррекция терапии*

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

	концом (2 подушки)	
	Сидя	Коррекция терапии*
Изменился ли за последнюю неделю вес	Нет	Продолжить терапию
	Увеличился	Уточнить вес, оценить признаки застоя
Отеки на голенях и/или стопах	Нет	Продолжить терапию
	Да	Коррекция терапии с учетом выраженности отеков
Температура	Нет	Продолжить терапию
	Да	Подозрение на COVID-19, тестирование
Респираторные симптомы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Подозрение на COVID-19, тестирование
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	>120 мм рт.ст.	Продолжить терапию
	100-120 мм рт.ст.	Коррекция терапии*
	<100 мм рт.ст.	Коррекция терапии*, оценить показания для госпитализации
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя Низкая	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
Пациент получает	Нет	Продолжить терапию

противовирусные препараты по поводу COVID-19	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения ХСН, при необходимости – коррекция терапии
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации
Примечание: * – если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.		

3.2.5. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий

Ведение пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и (или) трепетанием предсердий (ТП) в условиях пандемии COVID-19 проводится исходя из общих клинических рекомендаций.

При выборе препаратов этиологической направленности пациентам с COVID-19, получающим прямые пероральные антикоагулянты (ПОАК) в связи с ФП и (или) ТП, необходимо учитывать, что ремдесивир и дабигатран могут потенциально взаимодействовать, что может потребовать коррекции дозы и мониторингования. Вместе с тем ремдесивир слабо взаимодействует с апиксабаном и ривароксабаном, не влияя на экспозицию антитромботических препаратов.

Однако следует учитывать, что в отдельных исследованиях *in vitro* и *in vivo* было показано, что дабигатран не влияет на изоферменты цитохрома P450, и таким образом он может представлять собой прямой оральный антикоагулянт с наименьшим риском лекарственных взаимодействий с терапией, применяемой для лечения COVID-19. В нескольких исследованиях было показано, что при совместном применении дабигатрана с антиретровирусными препаратами, а также ритонавиром/лопинавиром отсутствовали тромбоемболические события и кровотечения. Исследование, направленное на оценку риска госпитализации по причине поражения печени у 113717 пациентов с ФП после начала приема пероральных антикоагулянтов (АВК, дабигатран, ривароксабан и апиксабан), показало, что после 12 месяцев лечения дабигатран имел самые низкие показатели риска госпитализации по поводу повреждения печени (варфарин 9,0; ривароксабан 6,6; апиксабан 5,6; дабигатран 4,0 на 1000 человеко-лет).

Таким образом, для начала пероральной антикоагуляции для предотвращения тромбоэмболических событий после выписки по поводу инфекции COVID-19 следует учитывать некоторые факторы, включая безопасность, эффективность, риск лекарственной гепатотоксичности, функцию печени и почек, простоту лечения.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с ФП или ТП в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на приступы сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер длительность и частоту аритмии Оценить динамику симптомов Оценить необходимость выполнения ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ Оценить необходимость госпитализации Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
Сохраняется ли синусовый ритм (оценить при персистирующей или пароксизмальной формах ФП)	Да	Продолжить терапию
	Нет	Оценить необходимость выполнения ЭКГ или суточного ЭКГ мониторингования Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Частота пульса (для пациентов с постоянной формой ФП)	Соответствует ЧСС	Продолжить терапию
	Меньше, чем ЧСС	Оценить наличие и выраженность дефицита пульса Коррекция терапии при необходимости*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения ФП или ТП, коррекция терапии при необходимости*

Примечание: * - если пациент принимает противовирусные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов.

3.2.6. Нарушения ритма сердца (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)

- Необходимо учитывать возможные лекарственные взаимодействия антиаритмических препаратов с противовирусными препаратами и антибиотиками, применяемыми для лечения COVID-19, что в свою очередь может быть ассоциировано с развитием тахи- и/или брадиаритмий;
- эксперты рекомендуют избегать сочетания антиаритмических препаратов IA, IC, III класса с такими антибактериальными препаратами, как азитромицин, кларитромицин, эритромицин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин, метронидазол, пиперациллин, так как эти препараты способствуют удлинению интервала QT, что связано с повышением риска развития ЖТ по типу «пируэт».

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с нарушениями ритма сердца в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность и частоту аритмии Оценить динамику симптомов Оценить необходимость выполнения ЭКГ в покое или суточного мониторирования ЭКГ Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

	Да	Уточнить выраженность одышки Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту Оценить динамику Оценить необходимость выполнения ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено / понижено	Коррекция терапии*
ЧСС (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена / понижена	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
Пациент получает противовирусные или антибактериальные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения аритмии

На фоне терапии жалобы на ощущение сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Внеочередной контроль ЭКГ или суточное мониторирование ЭКГ, показана госпитализация
Примечание: * - если пациент принимает противовирусные или антибактериальные препараты, то коррекция терапии проводится с учетом возможных лекарственных взаимодействий и побочных эффектов		

3.3. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с болезнями органов дыхания в условиях пандемии COVID-19

3.3.1. Общие положения

Пациенты с хроническими заболеваниями органов дыхания имеют высокий риск неблагоприятного течения COVID-19.

Необходимо минимизировать посещение пациентами медицинских организаций для уменьшения риска заражения COVID-19, в т.ч. для проведения диспансерного наблюдения:

- использовать телефон, видео или консультации по электронной почте, когда это возможно;
- организовать выписку рецептов и обеспечение лекарственными препаратами без посещения пациентами медицинских организаций;
- отложить проведение плановых диагностических обследований, в т.ч. спирографию и бронхоскопию, т.к. эти обследования увеличивают риск инфицирования COVID-19.

В клинической картине хронических заболеваний органов дыхания могут присутствовать кашель, одышка, заложенность в грудной клетке – симптомы, часто наблюдающиеся при COVID-19. В связи с этим необходимо предупредить пациентов о необходимости контролировать изменения своего состояния, и при усилении интенсивности имеющихся симптомов или появлении клиники ОРВИ – вызвать врача на дом.

В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки целесообразно организовать диспансерное наблюдение дистанционно. Цель проведения дистанционного диспансерного наблюдения – мониторинг состояния здоровья

пациента, выявление признаков декомпенсации, обострения заболевания, коррекция терапии.

При организации диспансерного наблюдения дистанционно возможно проведение опроса пациента с применением чек-листов. Опрос по чек-листам могут проводить: врач-терапевт участковый / врач общей практики, медицинская сестра участковая, врач и/или фельдшер кабинета медицинской профилактики, врачи других специальностей, которые могут быть привлечены для этой работы в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Результаты опроса оценивает врач-терапевт участковый / врач общей практики, и принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациента, связывается с ним для принятия окончательного решения. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения». При необходимости коррекции терапии врач, осуществляющий диспансерное наблюдение, принимает решение о необходимости очной консультации на дому и/или в условиях медицинской организации первичного звена здравоохранения, оказании медицинской помощи в плановой, неотложной или экстренной форме.

При необходимости очной консультации в условиях медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, необходимо свести к минимуму время ожидания приема: планировать время, чтобы избежать контактов с другими пациентами, предупредить пациента не приходить раньше назначенного времени, иметь возможность позвонить пациенту и пригласить на прием, если у него есть возможность ждать в машине.

Периодичность дистанционного диспансерного наблюдения определяется индивидуально, зависит от течения заболевания, необходимости коррекции терапии.

3.3.2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

При подозрении на наличие у пациента с ХОБЛ COVID-19:

- действия в отношении пациента определяются регламентирующими документами Минздрава России, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации;
- при оценке степени тяжести течения COVID-19 следует учитывать, что у пациентов с тяжелой ХОБЛ при наличии дыхательной недостаточности показатели насыщения крови кислородом может быть изначально низкими ($SpO_2 \leq 93\%$), т.о. риск тяжелого течения COVID-19 у пациентов с ХОБЛ тяжелого течения может рассматриваться при $SpO_2 \leq 88\%$;

- все данные должны быть внесены в медицинскую карту. При последующем наблюдении оценивается респираторный статус пациента, уделяя особое внимание оценке новой или ухудшающейся одышке;
- диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ, перенесших COVID-19, осложненной пневмонией, осуществляется в соответствии с рекомендациями диспансерного наблюдения за пациентами с COVID-19 и пневмонией;
- частота наблюдения определяется риском развития тяжелого течения (табл. 1), тяжестью респираторных симптомов, адекватностью пациентов и возможностями системы здравоохранения;
- для большинства пациентов консультация рекомендуется на 4-е, 7-е и 10-е сутки от момента появления клинических симптомов и первичной консультации;
- для пациентов с высоким уровнем риска тяжелого течения заболевания рекомендуется повторная (и возможно последующие) консультация в течение 24 часов. К таким пациентам относятся:
 1. Пациенты в возрасте ≥ 65 лет, у которых есть один или несколько дополнительных факторов риска тяжелого течения заболевания (табл. 1).
 2. Любой пациент с умеренной или тяжелой одышкой на момент первоначальной оценки.
 3. Пациент, который не может достоверно сообщить об ухудшении симптомов (субъективное мнение врача – при первичной консультации).
- при каждой дистанционной консультации рекомендуется оценивать респираторный статус пациента, уделяя особое внимание новым или ухудшающимся проявлениям одышки и гипоксемии. При их наличии/ухудшении требуется решать вопрос личного консультирования и потенциальной госпитализации;
- очная консультация рекомендуется в тех случаях, когда у пациента есть жалобы, свидетельствующие о серьезных состояниях или осложнениях, которые не улучшились с момента первичного дистанционного консультирования. Например, есть подозрения, что у пациента развивается тяжелая внебольничная пневмония (например, появился продуктивный кашель, которого не было; дискомфорт в области грудной клетки, боли похожие на плевральные), обострение астмы или ХОБЛ (например, усиление одышки, кашля, хрипов), симптомы легочной эмболии (например, усиление одышки, кровохарканье), сердечной недостаточности (усиление одышки,

появление/усиление отеков ног, ортопноэ) или острого перикардита (например, боль в груди).

Таблица 1. Стратификация риска тяжелого течения COVID-19

Высокий риск	Умеренный риск	Низкий риск
возраст ≥ 65 лет; проживание в доме престарелых или учреждении длительного ухода; иммунокомпрометирующее состояние; ХОБЛ/БА средней или тяжелой степени; ССЗ; ИМТ ≥ 40 кг/м ² ; СД; пациент на диализе; цереброваскулярные заболевания; хроническая болезнь печени	возраст от 20 до 64 лет без сопутствующих заболеваний из группы высокого риска; возраст < 20 лет с заболеваниями из группы высокого риска	возраст < 20 лет без хронических заболеваний

Лечение ХОБЛ

Пациенты с ХОБЛ должны продолжать регулярную терапию.

- В настоящее время нет научных данных о том, что ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) или системные глюкокортикостероиды (СГКС) следует отменить пациентам с ХОБЛ или что они увеличивают риск развития осложнений при COVID-19 и ХОБЛ во время пандемии COVID-19. Целесообразно продолжать прием ИГКС и отложить отмену (если это планировалось) несмотря на то, что их использование при ХОБЛ может повысить риск развития пневмонии;
- при лечении COVID-19 у пациентов с ХОБЛ следует мониторировать возможное возникновение побочных эффектов препаратов терапии ХОБЛ;

- кислородотерапия при необходимости должна проводиться согласно стандартным рекомендациям;
- при развитии у пациента обострения ХОБЛ лечение проводится в зависимости от тяжести обострения. Вопрос усиления бронхолитической терапии, назначения ГКС и/или антибиотиков решается в зависимости от типа обострения и наличия критериев инфекционного обострения ХОБЛ. Госпитализация пациента показана при наличии тяжелого обострения;
- необходимо информировать пациентов о симптомах COVID-19 и необходимости при их появлении (например, лихорадки, сухого кашля или миалгии) не начинать самостоятельный прием пероральных кортикостероидов и/или антибиотиков, а вызвать врача на дом для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациента;
- профилактический прием антибактериальных препаратов для снижения риска от COVID-19 не показан;
- пациенты должны знать, что использование небулайзера повышает риск инфицирования окружающих;
- необходимо предупредить пациентов как можно чаще мыть руки и регулярно промывать маски для лица, мундштуки, пикфлоуметры жидкостью для мытья посуды или следуя инструкциям производителя;
- необходимо предупредить пациентов о запрете использования ингаляторов другими членами семьи с целью профилактики распространения COVID-19.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с ХОБЛ в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Оценка текущего состояния		
Определение степени одышки по шкале mMRC		
1.1. Вы чувствуете одышку только при сильной физической нагрузке?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 0
1.2. Вы задыхаетесь, когда быстро идете по ровной местности или поднимаетесь по пологому холму?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 1 степень
1.3. Из-за одышки Вы ходите по ровной местности медленнее, чем люди того же	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 2 степень

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе?		
1.4. Вы задыхаетесь после того, как пройдете примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 3 степень
1.5. У Вас слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, или Вы задыхаетесь, когда одеваетесь или раздеваетесь?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – 4 степень
2. Необходимо оценивать одышку и в момент общения с пациентом. Говорит он длинными предложениями, без затруднений. Или речь его фразами, или отдельными словами – т.е. одышка не позволяет пациенту закончить предложение. Или можно услышать хрипы, которые есть у пациента при выраженной бронхиальной обструкции. 3. При оценке степени одышки – уточнить, не произошло ли усиления ее за последний день, неделю	ДА/НЕТ	При ответе ДА – выяснение причин, опрос на наличие симптомов COVID-19, решение вопроса о наличии обострения /исключение других причин
4. Вы так затаили дыхание, что не можете сказать больше, чем несколько слов?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
5. Вы дышите тяжелее или быстрее, чем обычно, когда вообще ничего не делаете?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление бронхолитической терапии
6. Вы так больны, что перестали заниматься всеми своими обычными повседневными делами?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

7. Ваше дыхание быстрее, медленнее или такое же, как обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
8. Что вы могли сделать вчера, что вы не можете сделать сегодня?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – исключение других причин, усиление терапии
9. Сегодня Вы задыхаетесь больше, чем вчера? Какие действия сегодня вызывают одышку, а вчера Вы их выполняли без нее?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – может свидетельствовать об обострении
Оценка кашля		
10. Изменился ли характер кашля, его интенсивность?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – может свидетельствовать об обострении
11. Кашель стал чаще? С чем это связано?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – может свидетельствовать об обострении
Оценка хронической продукции мокроты		
12. Мокроты столько же, как обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – увеличение количества мокроты может свидетельствовать об обострении
13. Она отходит легко?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – затруднение отхождения мокроты может свидетельствовать об обострении
14. Какого цвета мокрота? Светлая, желтая, зеленая?	описание	Усиление гнойности мокроты свидетельствует о возможном бактериальном воспалении. Следует уточнить другие признаки обострения решить вопрос о необходимости назначения

		антибактериальных препаратов
15. Сколько раз Вы использовали ингалятор? Это чаще, чем обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить правильность техники ингаляции, при необходимости усиление бронхолитической терапии
16. Это чаще, чем обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – усиление бронхолитической терапии
17. Как Вы считаете, с чем это связано: ухудшение погоды, простуда..?		Исключение триггеров, усиление бронхолитической терапии
18. Следует подумать об обострении заболевания при усилении одышки, усилении кашля. Затруднения в отхождении мокроты, усилении гнойности мокроты – изменения в состоянии больного, выходящие за рамки ежедневных колебаний.	ДА/НЕТ	Во всех случаях при выявлении риска обострения необходимо проводить опрос на наличие симптомов COVID-19 и уточнять эпидемиологический анамнез, т.к. симптомы обострения ХОБЛ имеют сходство с симптомами COVID-19 для определения дальнейшей тактики ведения пациентов. Усиление бронхолитической терапии, рассматривается необходимость назначения СГКС и антибактериальной терапии

3.3.3. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма (БА), по мнению экспертов, не является высоким фактором риска для развития COVID-19. Однако тяжелая и неконтролируемая БА увеличивает риск тяжелого течения COVID-19. При пандемии COVID-19 пациенты с БА должны

продолжить прием всех лекарственных препаратов для контроля БА, в т.ч. ингаляционные и СГКС, генно-инженерные биологические препараты. Это минимизирует риск обострений и, как следствие, контактов с медицинским персоналом и посещений медицинских организаций, что снижает риск инфицирования COVID-19.

В настоящее время нет убедительных доказательств того, что ИГКС или генно-инженерные биологические препараты, применяемые при БА, оказывают неблагоприятное влияние на течение инфекции COVID-19. Более того, прекращение приема пероральных СГКС может привести к обострению БА. При лечении обострения БА не нужно откладывать назначение СГКС, т.к. это может привести к риску жизнеугрожающего обострения. При общении с пациентами необходимо предупредить их об этом. При лечении COVID-19 у пациентов с БА следует мониторировать возможное возникновение побочных эффектов препаратов базисной терапии БА.

При подозрении на наличие у пациента с БА COVID-19:

- действия в отношении пациента определяются регламентирующими документами Минздрава России, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации;
- при оценке степени тяжести течения COVID-19 следует учитывать, что у пациентов с тяжелой БА при наличии дыхательной недостаточности насыщение крови кислородом изначально может быть низким ($SpO_2 \leq 93\%$);
- диспансерное наблюдение пациентов с БА, перенесших COVID-19, осложненную пневмонией, осуществляется в соответствии с рекомендациями диспансерного наблюдения за пациентами с COVID-19 и пневмонией;
- при развитии у пациента обострения БА лечение проводится в зависимости от тяжести обострения. Вопрос усиления бронхолитической терапии, назначения СГКС решается в зависимости от тяжести обострения БА. Госпитализация пациента показана при наличии тяжелого обострения;
- необходимо предупредить пациентов не начинать короткий курс пероральных ГКС и/или антибиотиков при появлении симптомов COVID-19 (например, лихорадки, сухого кашля или миалгии). В этом случае необходимо вызвать врача на дом для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациента;
- пациенты должны знать, что использование небулайзера повышает риск инфицирования окружающих;

- необходимо предупредить пациентов как можно чаще мыть руки и регулярно промывать маски для лица, мундштуки, пикфлоуметры жидкостью для мытья посуды или следуя инструкциям производителя;
- необходимо предупредить пациентов о запрете использования ингаляторов другими членами семьи с целью профилактики распространения COVID-19.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с БА в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Определение уровня контроля над бронхиальной астмой		
Вы испытываете дневные симптомы?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить частоту и длительность приступа, использование бронхолитика короткого действия для снятия симптомов, как быстро купируется приступ*
Вы просыпаетесь ночью из-за приступов удушья?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить частоту и длительность приступа, использование бронхолитика короткого действия для снятия симптомов, как быстро купируется приступ*
Сколько раз за день Вы пользовались ингалятором для купирования приступов удушья?		Использование короткодействующих бронходилататоров более 2 раз в неделю свидетельствует об отсутствии контроля БА*
Испытываете ли Вы ограничение физической активности?	ДА/НЕТ	При ответе ДА – уточнить, изменилась ли степень физической активности за последние дни, и связано ли это с БА или другими причинами

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

При наличии 1-2 вышеперечисленных признаков имеет место недостаточный контроль БА. Необходимо усилить базисную терапию и – ГКС		
У Вас усилилась одышка за последние дни	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ – продолжить терапию При ответе ДА – выяснить характер и выраженность одышки - усилить терапию
Вы стали чаще пользоваться ингалятором	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ – продолжить терапию При ответе ДА – уточнить правильность техники ингаляции, исключить сопутствующие заболевания - усилить терапию
Как Вы считаете, с чем это связано: ухудшение погоды, простуда, стрессовая ситуация, контакт с аллергеном?	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ – усиление терапии При ответе ДА – устранение триггеров
Оценка кашля		
Наличие продукции мокроты	НЕТ/ДА (Выяснить характер мокроты (слизистая, гнойная), объем)	При ответе ДА – решение вопроса о антибактериальной терапии
Температура		
Повышение температуры	НЕТ/ДА	При ответе ДА – тактика ведения пациента с подозрением на COVID-19
Самоконтроль ПСВ (пикфлоуметрия)		
Снижение показателей ПСВ ниже должных	НЕТ/ДА	При ответе ДА – усилить терапию
Суточный разброс показателей ПСВ более 20%	НЕТ/ДА	При ответе ДА – усилить терапию
Лекарственная непереносимость	Хорошая	Продолжить терапию

	Побочные эффекты	Уточнить, какие Коррекция терапии, если необходимо
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	НЕТ	Продолжить терапию
	ДА	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения БА

* Возможно, требуется коррекция терапии.

3.4. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с предиабетом и сахарным диабетом в условиях пандемии COVID-19

3.4.1. Предиабет

За пациентами с ранними нарушениями углеводного обмена должно быть установлено диспансерное наблюдение (ДН), основной задачей которого является нормализация массы тела и уровня гликемии, с целью предотвращения развития сахарного диабета 2 типа. Кратность наблюдения и частота обследований не увеличивается в период пандемии новой коронавирусной инфекции и проводится, согласно графику диспансерных приемов. При отсутствии жалоб у пациента, если, в соответствии с графиком ДН, наступил срок проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), определения уровня гликированного гемоглобина, целесообразно перенести исследование на более поздний срок и провести его после снятия эпидемиологических ограничений. Возможно осуществление телефонного визита, в рамках которого необходимо провести опрос о состоянии пациента и информирование о необходимых мерах профилактики и алгоритме действий, в случае появления симптомов ОРВИ.

При планировании алгоритма проведения диспансерного приема пациентов с предиабетом, находящихся на ДН, можно условно разделить на две группы: 1) пациенты на диетотерапии; 2) пациенты, принимающие метформин, помимо немедикаментозных методов лечения. Пациентам первой группы необходимо дать рекомендации, относительно ужесточения рекомендаций по питанию в условиях самоизоляции, исключения из рациона продуктов с высоким содержанием добавленных сахаров, жира и простых углеводов, строгого соблюдения рекомендуемой калорийности суточного рациона. С пациентами второй группы также необходимо провести беседу по поводу питания, но кроме того, обязательно

проинформировать их о необходимости отменить метформин под контролем лечащего врача, в случае тяжелого течения ОРВИ с подозрением на COVID-19 или подтвержденной новой коронавирусной инфекции.

Как известно, состояния, связанные с риском развития дегидратации и полиорганной недостаточности, в том числе тяжелые инфекционные заболевания, являются противопоказанием к применению метформина. Кроме того, препарат следует отменить в условиях развивающейся тканевой гипоксии (на фоне анемии, дыхательной недостаточности), которая является характерным проявлением COVID-19. На фоне приема метформина в указанных ситуациях возрастает риск развития лактат-ацидоза. По имеющимся на сегодняшний день данным, выраженное повышение лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в период течения новой коронавирусной инфекции является одним из признаков неблагоприятных исходов заболевания, соответственно, прием метформина при тяжелом течении COVID-19 целесообразно прекратить, с целью снижения рисков развития острой метаболической декомпенсации.

Основная масса пациентов с нарушениями углеводного обмена (более 90%) страдают ожирением. Лица с ожирением, особенно с морбидным ожирением (ИМТ более 40 кг/м²) находятся в группе риска развития тяжелых осложнений COVID-19. Пациенты данной категории имеют массу сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, оказание помощи таким пациентам имеет целый ряд сложностей (в том числе трудности в реализации и более низкая эффективность прон-позиции пациента на ИВЛ). Рекомендуемый режим самоизоляции, постоянное пребывание в ограниченном пространстве резко снижает уровень физической активности, что может стать причиной прогрессирования ожирения. Очень важным аспектом в этот период является соблюдение рекомендаций по системе здорового питания, особенно следует контролировать количество и качество потребляемой пищи, соблюдать энергобаланс в рационе. При осуществлении диспансерного наблюдения, вне зависимости от основного заболевания (любого ХНИЗ), врач должен обратить внимание пациента с избыточной массой тела и ожирением на режим питания с целью не допустить увеличения массы тела в условиях самоизоляции.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с предиабетом и ожирением в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
------------------------	------------------------	--------------------------

Есть ли жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Напомнить основные меры профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связать с врачом, в случае необходимости.</p>
	Есть	<p>Рекомендовать проведение биохимического анализа крови (гликемия натощак, гликированный гемоглобин, ПГТТ) и консультацию по результатам обследования, с целью исключения манифестации СД 2 типа.</p>
Осведомлен ли пациент об основных мерах профилактики и симптомах COVID-19, а также тактике поведения при заражении?	Нет	<p>Дать информацию (в том числе памятки) по ключевым мерам профилактики, необходимости самоизоляции и предоставить алгоритм действий в случае появления симптомов заболевания.</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связать с врачом, в случае необходимости</p>

Принимает ли пациент метформин?	Нет	Дать рекомендации по питанию. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона.
	Да	Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности. Проинформировать пациента, что в случае заражения COVID-19 важно сообщить лечащему врачу о приеме метформина. Врач, оценив состояние пациента, должен будет принять решение о временном прекращении приема препарата или о продолжении прежней тактики терапии.
Достаточно ли препарата у пациента, принимающего метформин?	Нет	Рекомендовать пациенту обратиться в колл-центр/регистратуру поликлиники и оставить заявку на получение препаратов или купить препарат в достаточном количестве, с целью минимизации посещения общественных мест и ЛПУ в условиях пандемии.
	Да	Рекомендовать продолжить лечение по прежней схеме, не менять ее самостоятельно и четко зафиксировать дату, когда будет необходимо оставить заявку на получение препарата или приобрести его в аптеке. Осведомить пациента о необходимости проинформировать лечащего врача о приеме препарата при возникновении ОРВИ с подозрением на COVID-19

		тяжелого течения или подтвержденной новой коронавирусной инфекции.
Принимает ли пациент агонисты рецепторов ГПП-1 для лечения ожирения?	Нет	Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности, с целью предотвращения набора массы тела в период пандемии. Напомнить основные меры профилактики заражения COVID-19
	Да	Осведомить пациента о необходимости проинформировать лечащего врача о приеме препарата при возникновении ОРВИ с подозрением на COVID-19 тяжелого течения или подтвержденной новой коронавирусной инфекции.

3.4.2. Сахарный диабет 2 типа.

Основной целью ДН при СД 2 типа являются достижение целевых показателей гликемии, нормализация массы тела, раннее выявление, предотвращение развития и прогрессирования поздних осложнений заболевания.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции пациентам с СД 2 типа следует уделять особое внимание. Сахарный диабет любого типа не повышает риск инфицирования COVID-19, однако является одним из ведущих факторов риска тяжелого течения и развития серьезных осложнений новой коронавирусной инфекции, таких как острый респираторный дистресс синдром и полиорганная недостаточность. Поэтому данной категории пациентов, наряду со строгим контролем гликемии, особенно важно соблюдать все меры профилактики и, по возможности, не выходить из дома в период самоизоляции. У пациента должен быть адекватный запас сахароснижающих препаратов и тест-полосок для самоконтроля, а также контакты специалиста, к которому он может обратиться за помощью при необходимости.

По данным Российского федерального регистра около 50% пациентов с СД не достигают целевых значений гликированного гемоглобина. Хроническая гипергликемия оказывает неблагоприятное влияние на иммунитет и значительно повышает риск развития осложнений при инфекционных заболеваниях. В условиях недостаточной компенсации диабета течение COVID-19 особенно опасно высоким

риском летального исхода, поэтому все внимание должно быть направлено на профилактику инфицирования и нормализацию показателей гликемии. Необходимо увеличить кратность самоконтроля гликемии и более внимательно относиться к рациону питания. Врач на диспансерном приеме должен предоставить пациенту с СД памятки и информационные материалы с рекомендациями по профилактике COVID-19 и алгоритму действий. В случае возникновения симптомов простудного заболевания, сообщить пациенту номер телефона для связи, при необходимости. Увеличивать кратность диспансерных приемов в период пандемии COVID-19 нет необходимости. В отсутствии жалоб, целесообразно отложить плановые визиты к узким специалистам (офтальмолог, невролог и др.) до снятия эпидемиологических ограничений (табл. 2). Врач, осуществляющий ДН (терапевт, врач общей практики, врач-эндокринолог), должен осведомить пациента о симптомах декомпенсации СД и его осложнениях, при которых необходимо обратиться за медицинской помощью.

При наличии у пациента с СД 2 типа синдрома диабетической стопы пациент должен быть проинформирован, куда необходимо обращаться в случае появления каких-либо изменений в состоянии (инфицирование раневого дефекта, изменение окраски кожи и т.д.). Показаниями к экстренной госпитализации пациентов с синдромом диабетической стопы, вне зависимости от эпидемиологической ситуации, являются: влажная гангрена, флегмона стопы, критическая ишемия конечности.

Таблица 2. Мониторинг больных СД 2 типа, согласно клиническим рекомендациям и в условиях пандемии COVID-19

Показатель	Частота обследования согласно рекомендациям	Частота обследования в условиях пандемии COVID-19
Самоконтроль гликемии		
<i>в дебюте заболевания</i>	не менее 4 раз в сутки	не менее 4 раз в сутки
<i>при недостижении целевых уровней гликемического контроля</i>	не менее 4 раз в сутки	не менее 4 раз в сутки
<i>В дальнейшем в зависимости от вида сахароснижающей терапии</i>		
<i>на интенсифицированной инсулинотерапии</i>	не менее 4 раз в сутки	не менее 6-8 раз в сутки

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

<i>на пероральной сахароснижающей терапии и/или арГПП-1 и/или базальном инсулине</i>	не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю	не менее 2-3 раз в сутки + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
<i>на готовых смесях инсулина</i>	не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю	не менее 4 раз в сутки + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
<i>на диетотерапии</i>	не менее 1 раза в неделю в разное время суток	не менее 1 раза в сутки в разное время
Н _в A _{1с}	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца
Непрерывное мониторирование глюкозы	по показаниям	по показаниям
Общий анализ крови	1 раз в год, по показаниям – чаще	Решается индивидуально. Если есть возможность и отсутствует экстренная необходимость в обследовании/консультации, целесообразно проведение обследования/консультации в более поздние сроки, с целью минимизации посещения ЛПУ в условиях пандемии.
Общий анализ мочи	2 раза в год, по показаниям – чаще	
Микроальбуминурия	2 раза в год, по показаниям – чаще	
Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ,	Не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений), по	

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

мочевая кислота, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ)	показаниям – чаще	
Контроль АД	При каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертензии – самоконтроль 2-3 раза в сутки	При наличии артериальной гипертензии – самоконтроль 2-3 раза в сутки
Осмотр ног	Самостоятельно и при каждом посещении врача	Самостоятельно и при каждом посещении врача
Оценка чувствительности стоп	Не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще	Не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще
ЭКГ	1 раз в год, по показаниям – чаще	Решается индивидуально. Если есть возможность и отсутствует экстренная необходимость в обследовании/консультации, целесообразно проведение обследования/консультации в более поздние сроки, с целью минимизации посещения ЛПУ в условиях пандемии.
ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 факторов риска)	1 раз в год	
Консультация кардиолога	1 раз в год, по показаниям – чаще	
Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком)	1 раз в год, по показаниям – чаще	
Консультация невролога	По показаниям	
Рентгенография грудной клетки	1 раз в год	

В случае, если возникли симптомы ОРВИ, пациент должен обязательно сообщить об этом своему лечащему врачу. При подтверждении наличия новой коронавирусной инфекции дальнейшая тактика определяется согласно временным методическим рекомендациям Минздрава России (версия 13, 14.10.2021).

Правила ведения пациента с СД и COVID-19 практически не отличаются от правил ведения пациента с СД и другим инфекционным заболеванием. Важным аспектом является контроль гликемии и коррекция сахароснижающей терапии. Целесообразно увеличить частоту и проводить измерения гликемии каждые 3-4 часа (вести дневник самоконтроля), пить больше воды и перейти на частое дробное питание маленькими порциями. В случае легкого или бессимптомного течения COVID-19 и стабильных показателей уровня глюкозы, коррекция сахароснижающей терапии не требуется.

В случае появления лихорадки, одышки и отягощения клинических проявлений заболевания, целесообразно, под контролем врача отменить пероральные сахароснижающие препараты следующих групп: бигуаниды (метформин), агонисты рецепторов ГПП-1 (лираглутид, эксенатид, дулаглутид и др.), ингибиторы НГЛТ-2 (эмпаглифлозин, дапаглифлозин, канаглифлозин и др.). О рисках развития осложнений на фоне приема метформина информация представлена в разделе по предиабету. Ингибиторы НГЛТ-2 не рекомендовано принимать на фоне вышеперечисленных симптомов, ввиду риска развития дегидратации, а также учитывая изменение метаболизма жиров и риск развития кетоацидоза, что может усугубить течение COVID-19. Прием агонистов рецепторов ГПП-1 часто сопровождается тошнотой и рвотой, что также может привести к дегидратации, губительной для пациентов с СД и COVID-19.

В случае необходимости, при повышении гликемии более 13 ммоль/л, целесообразно временно назначить пациенту инсулинотерапию (базисную, базис-болюсную) по традиционной схеме инициации. Профилактическая отмена пероральных сахароснижающих препаратов для амбулаторных пациентов без каких-либо симптомов ОРВИ и в отсутствие подтвержденного COVID-19 не рекомендуется. Пациентам с СД 2 типа, которые в момент инфицирования уже находились на инсулинотерапии, на фоне развития симптомов COVID-19 и приема противовирусных препаратов может понадобиться значительное увеличение доз инсулина. Данной группе пациентов рекомендовано измерять уровень гликемии каждые 1-3 часа, показатели фиксировать в дневник. Кроме того, пациенты на инсулинотерапии должны быть осведомлены о признаках гипогликемии и всегда иметь под рукой средства для ее купирования (сок, сахар, мед и др.). При повышении уровня гликемии

более 13-15 ммоль/л, рекомендовано использование тест-полосок для выявления кетонурии, увеличение количества потребляемой жидкости (несладкой) и коррекция доз инсулина под контролем лечащего врача.

Коморбидным пациентам с избыточным весом, СД и сопутствующими заболеваниями печени, в том числе неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), начиная со стадии стеатоза, показан приём препаратов с плейотропными эффектами. Примером такого лекарственного средства является УДХК, достоверно снижающая как гепатологические, так и сердечно-сосудистые риски у коморбидных пациентов с НАЖБП. Оптимизация показателей обмена веществ у пациентов с COVID-19 может положительно влиять на прогноз заболевания. УДХК обладает антифибротическим, иммуномодулирующим и регулирующим апоптоз действием, действует как метаболически активная сигнальная молекула, улучшающая липидный и углеводный обмены.

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами с СД 2 типа в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
В норме ли показатели среднесуточной гликемии, согласно данным самоконтроля?	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p>

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

		<p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
	Есть	<p>Рекомендовать исследование уровня гликированного гемоглобина, биохимического анализа крови и провести коррекцию сахароснижающей терапии, согласно общепринятым рекомендациям.</p>
Осведомлен ли пациент об основных мерах профилактики и симптомах COVID-19, а также тактике поведения при заражении?	Нет	<p>Дать информацию (в том числе памятки) по ключевым мерам профилактики, необходимости самоизоляции и предоставить алгоритм действий в случае появления симптомов заболевания.</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида</p>

		<p>сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
Достаточно ли у пациента сахароснижающих препаратов, тест-полосок для глюкометра, игл для шприц-ручек/инсулиновых шприцев?	Нет	Рекомендовать пациенту обратиться в колл-центр/регистратуру поликлиники по месту жительства и оставить заявку на получение препаратов или попросить родственников купить в аптеке препараты и расходники в достаточном количестве, с целью минимизации посещения общественных мест и ЛПУ в условиях пандемии.
	Да	Рекомендовать продолжить лечение по прежней схеме, не менять ее самостоятельно, получить или приобрести в аптеке лекарственные средства и расходники заблаговременно и четко зафиксировать дату, когда будет необходимо оставить

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

		новую заявку на получение препарата и расходных материалов.
Принимает ли пациент метформин?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>
Принимает ли пациент агонисты рецепторов ГПП-1?		
Принимает ли пациент ингибиторы НГЛТ-2?	Да	Проинформировать пациента, что в случае заражения COVID-19 важно сообщить лечащему врачу о схеме лечения СД. Врач в зависимости от

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

		состояния пациента должен будет принять решение о временном прекращении приема препарата или о продолжении прежней тактики сахароснижающей терапии.
Находится ли пациент на базис-болюсной инсулинотерапии?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии и ведение дневника самоконтроля (табл. 2).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости.</p>

	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на строгий подсчет хлебных единиц, ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать измерение уровня гликемии не менее 6 раз в сутки и ведение дневника самоконтроля.</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества инсулина, тест-полосок к глюкометру и на кетонурию, а также игл к шприц-ручкам/инсулиновых шприцев.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить инсулины и расходные материалы, в случае необходимости.</p> <p>Осведомить пациента о симптомах гипогликемии и о необходимости иметь под рукой средства для ее купирования (сок, сахар, мед и др.).</p> <p>При повышении уровня гликемии более 13-15 ммоль/л, рекомендовать использование тест-полосок для выявления кетонурии, увеличение</p>
--	----	---

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИМ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

		количества потребляемой жидкости в рационе (не менее 150-200 мл каждый час) и коррекция доз инсулина под контролем лечащего врача.
В случае подтвержденного COVID-19	Тяжелое течение. Любая степень тяжести у пациентов старше 65 лет.	Показана госпитализация.
	Легкое и бессимптомное течение	<p>Рекомендовать увеличить количество потребляемой жидкости (воды) – не менее 200 мл в час в течение дня. Питание маленькими порциями, дробно, в соответствии с общепринятыми рекомендациями при СД 2 типа.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии и ведение дневника самоконтроля – каждые 2-3 часа. При необходимости коррекция пероральной сахароснижающей терапии, увеличение доз инсулина и недопущение декомпенсации СД.</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при ухудшении состояния вызывать бригаду СМП.</p> <p>Пациентам на пероральной сахароснижающей терапии и увеличении уровня гликемии более 13-15 ммоль/л на фоне инфекционного заболевания рекомендован перевод на инсулинотерапию по традиционной схеме инициации.</p>

В условиях пандемии COVID-19 для пациентов с СД важнейшим аспектом являются общие меры профилактики инфицирования. Важно максимально ограничить посещение общественных мест, в том числе аптек и ЛПУ, при необходимости вызывать врача на дом, оставлять заявку на получение препаратов дистанционно, пользоваться горячей линией поликлиники и другими возможностями (телемедицинские консультации, телефонные звонки) для получения рекомендаций. Каждый пациент с СД при себе должен иметь карточку пациента, оформить ее можно в произвольной форме, где обязательно следует указать: ФИО, возраст и перечень принимаемых сахароснижающих препаратов с указанием дозировки. Эта информация поможет врачам, в случае необходимости оказания экстренной медицинской помощи.

Учитывая высокую уязвимость пациентов с нарушениями углеводного обмена, особое внимание следует уделить аспектам вакцинопрофилактики в данной группе больных. Совет экспертов ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России принял решение о целесообразности проведения вакцинации против COVID-19 больным с сахарным диабетом при условии соблюдения всех противопоказаний и правил осторожности (Письмо №3/102/21 от 22.01.2021 г.). Согласно данному документу, приоритетными группами к проведению вакцинации следует считать:

- пациентов, имеющих множественные сосудистые осложнения СД;
- пациентов с СД и коморбидными ССЗ;
- пациентов с ХБП 5 стадии, не получающие заместительную почечную терапию и пациентов на диализе;
- пациентов с СД после трансплантации почки.

Помимо общих противопоказаний специфическими противопоказаниями к вакцинации при СД являются острые осложнения заболевания (диабетический кетоацидоз, гиперосмолярное гипергликемическое состояние, лактатацидоз, тяжелая гипогликемия). Вакцинопрофилактика среди пациентов с нарушениями углеводного обмена осуществляется по общим правилам, согласно Порядку проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению (Письмо Минздрава России № 1/и/1-9601 от 28.12.2020 г.).

Пациенты с СД 2 типа, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, нуждаются в тщательном обследовании с целью оценки компенсации углеводного обмена, тяжести течения осложнений основного заболевания. В рамках описанных последствий COVID-19 многие авторы отмечают усиление инсулинорезистентности, прямое повреждение бета-клеток поджелудочной железы, прибавку массы тела, снижение эмоционального фона и мотивации, в ряде случаев депрессивные

расстройства. Все перечисленные изменения могут спровоцировать декомпенсацию основного заболевания. В связи с чем необходимо проведение коррекции сахароснижающей терапии и обследования на предмет выявления микрососудистых осложнений согласно алгоритму, изложенному в клинических рекомендациях. Важнейшим аспектом наблюдения за пациентами с СД 2 типа, перенесшими COVID-19, является психологическая поддержка, поведенческая терапия, а также консультация психотерапевта, при необходимости.

3.5 Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по профилю «терапия» онкологическим пациентам в условиях пандемии COVID-19

Диагностика, амбулаторное лечение, диспансерные осмотры по профилю других заболеваний и госпитализация у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) осуществляется в соответствии с «Временными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции», утвержденными Минздравом России, Версия 13 от 14.10.2021.

Изменения в тактике ведения пациентов с ЗНО, обусловленные эпидемиологической ситуацией, не должны ухудшать прогноз течения основного заболевания.

Вследствие снижения иммунного ответа ЗНО определяют повышенный риск инфицирования COVID-19, более тяжелое течение и худший прогноз COVID-19.

Факторы, наличие которых относит пациентов с ЗНО к группе наиболее высокого риска:

- проведение в настоящее время противоопухолевой лучевой терапии;
- существующая в настоящее время лейкопения и/или низкий уровень иммуноглобулинов;
- противоопухолевое лекарственное лечение давностью менее 3 месяцев;
- трансплантация аутологичного и аллогенного костного мозга давностью менее 6 месяцев;
- иммуносупрессивная терапия;
- некоторые типы ЗНО кроветворной и лимфоидной тканей (хронический лимфолейкоз, лимфома, миелома, острый лейкоз);
- к дополнительным факторам неблагоприятного прогноза у онкогематологических пациентов относятся пожилой возраст, плохой соматический статус (3-4 по шкале ECOG), рецидив или прогрессирование ЗНО.

Рекомендовано строгое соблюдение всех мер профилактики инфицирования SARS-CoV-2 пациентам с ЗНО и проживающих совместно с ними лицами.

Учитывая восприимчивость пациентов с ЗНО к COVID-19, целесообразно минимизировать число очных контактов пациентов с ЗНО с медицинскими работниками и сроки пребывания пациента в стационаре при необходимости стационарного лечения.

Для пациентов, требующих диспансерного наблюдения, рекомендовано использование технологий удаленного консультирования при наличии такой возможности в медицинской организации: дистанционные консультации с использованием телемедицинских технологий, телефонные звонки.

С целью своевременной диагностики COVID-19 перед оперативным вмешательством или курсом химиотерапии/лучевой терапии у пациентов с ЗНО целесообразно тщательно выяснить клинико-эпидемиологические данные, в т.ч. для выявления возможных контактов с инфицированными SARS-CoV-2, и извещение врача-онколога при подозрении на COVID-19.

Вследствие высокой вероятности появления изменений в грудной полости при онкологических заболеваниях, компьютерная томография легких может быть для онкологических пациентов исследованием «первой линии» при наличии показаний к назначению лучевых методов исследования и при условии достаточного кадрового и технического оснащения медицинской организации. При необходимости (если результат может оказать влияние на тактику ведения пациента) может применяться внутривенное контрастирование. Решение о необходимости внутривенного контрастирования принимает врач-рентгенолог совместно с врачом, направляющим пациента на КТ.

Пациенты с онкологическими заболеваниями и лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 госпитализируются по тем же показаниям, что и пациенты без онкологических заболеваний.

При лечении COVID-19 в амбулаторных условиях необходимо обеспечивать тщательный мониторинг за состоянием пациента с возможностью срочной госпитализации при ухудшении состояния или появлении показаний.

Лечение COVID-19 у пациентов с ЗНО проводится в соответствии с общими рекомендациями, но более тщательным мониторингом состояния пациента, контролем уровня СРБ и других маркеров системного воспаления.

Пациентам с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 и/или наличием характерной клинической и рентгенологической картины COVID-19 необходимо по согласованию с врачом-онкологом прервать противоопухолевое

лекарственное лечение до значимого клинического улучшения, регресса пневмонии и получения отрицательного результата ПЦР. Допустимо возобновить противоопухолевую лекарственную терапию при перечисленных выше условиях и сохраняющихся остаточных изменениях в легочной ткани, относящихся к постпневмоническим изменениям.

Во всех случаях необходимо рассмотреть возможность перевода пациента на менее токсичный режим противоопухолевого лекарственного лечения, отдавая предпочтение режимам на основе таблетированных форм противоопухолевых препаратов (амбулаторная химиотерапия), или временно прервать лечение в тех случаях, когда это возможно в соответствии с онкологическим прогнозом.

3.6 Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения в условиях пандемии COVID 19

Пищеварительный тракт, как и органы дыхания, относится к входным воротам инфекции COVID-19. Начальным этапом заражения является проникновение COVID-19 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (АПФ2). Клеточная трансмембранная сериновая протеаза типа 2 (ТСП2) способствует связыванию вируса с АПФ2, активируя его S-протеин, необходимый для проникновения COVID-19 в клетку. Патогенез желудочно-кишечных симптомов связан с повреждением слизистого барьера кишечника и стимулированием выработки воспалительных факторов. После того как клетки в легких заражаются COVID-19, эффекторные CD4+ Т-клетки достигают тонкого кишечника через ось кишечник-легкие, вызывая кишечное иммунное повреждение. На более поздних этапах поражению органов пищеварения при COVID-19 способствуют гипоксия, цитокиновая агрессия и системное воспаление (табл. 3). В 29 исследованиях с участием 6064 пациентов показано, что частота гастроинтестинальных симптомов при первичной постановке диагноза с COVID-19 вне зависимости от степени тяжести достигает 15%. При этом наиболее распространенными симптомами являются тошнота, рвота, диарея и потеря аппетита. Помимо этого, прием ряда лекарственных препаратов, применяемых в терапии COVID-19, может сопровождаться как возникновением целого ряда негативных побочных эффектов в отношении органов пищеварения, так и возникновением риска лекарственных взаимодействий с препаратами для терапии заболеваний пищеварительного тракта.

В период пандемии COVID-19 важно проводить дифференциальную диагностику между обострением заболевания пищеварительного тракта,

гастроинтестинальными проявлениями COVID-19 и осложнениями терапии COVID-19.

Таблица 3. Механизмы формирования гастроинтестинальных симптомов

Механизм	Способствующие факторы
Вирусное цитопатическое действие	Проникновение SARS-CoV-2 через рецепторы ACE-2 в железистый эпителий. Выделение вирусной РНК в кале пациентов с COVID-19.
Изменение состава кишечной микробиоты	Применение нескольких противомикробных препаратов. Изменение микрофлоры кишечника вследствие действия вирусных провоспалительных медиаторов. Патологическая активность mTOR и снижение антимикробной устойчивости. Повышенная восприимчивость к инфекциям (<i>Clostridium difficile</i>). Гипохлоргидрия, вызванная антисекреторными препаратами (например, ИПП). Изменение функциональной активности оси кишечник-легкие.
Воспаление	Повышенное выделение цитокинов, в том числе интерлейкинов (ИЛ-2,7), ФНО, колониестимулирующих факторов (цитокиновый шторм). Изменение функциональной активности оси кишечник-мозг.
Ухудшение течения уже имеющих желудочно-кишечных инфекционных заболеваний	Чрезмерная экспрессия АПФ-2 в воспаленном кишечнике при инфекционном заболевании кишечника. Ухудшение течения синдрома раздражённого кишечника.
Вторичная инфекция	Повышенный риск развития <i>Clostridium difficile</i> .
Другое	Ишемия кишечника. Вирусный колит. Нарушение целостности желудочно-кишечного эпителия.

	Нарушение функционирования энтеральной нервной системы.
--	---

К заболеваниям органов пищеварения, ухудшающим прогноз при инфекции COVID-19, относятся: НАЖБП, начиная со стадии стеатоза, цирроз печени; длительный прием ГКС и биологической терапии по поводу воспалительных заболеваний кишечника. Пациентам, имеющим более высокие в сравнении с общепопуляционными, риски неблагоприятного течения COVID-19 следует рекомендовать проведение вакцинации.

Особые состояния.

Синдром диареи. Синдром диареи один из наиболее часто встречаемых гастроинтестинальных симптомов, ассоциированных с инфекцией COVID-19. Возникновение этого синдрома в условиях пандемии требует коррекции соответствующего алгоритма ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Проявление синдрома диареи в виде водно-электролитных нарушений потенциально опасных для лиц, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, СД, а также пациентов пожилого возраста. На каждом из этапов течения коронавирусной инфекции необходим анализ клинических данных, анамнеза пациента и, при необходимости, назначение минимально достаточного объема обследования пациента. Госпитализация не зависимо от тяжести течения новой коронавирусной инфекции показана при выраженной абдоминальной боли, не купирующейся спазмолитиками, а также при наличии симптомов кишечного кровотечения.

Вне зависимости от фазы заболевания, в течение которого возник синдром диареи, следует рекомендовать пациенту термически, химически и механически щадящее питание с учетом индивидуальной пищевой переносимости.

В качестве симптома дебюта клинических проявлений COVID-19, диарея встречается от 5% до 48,5% случаев и связана с прямым цитопатическим действием вируса в отношении эпителия слизистой оболочки кишечника. В данном случае вирусные частицы выступают как в роли факторов агрессии, провоцируя развитие синдрома повышенной эпителиальной проницаемости. В результате чего бактериальные антигены и токсины, находящиеся в просвете ЖКТ, проникают в субэпителиальный слой слизистой оболочки, провоцируют развитие иммунного ответа в виде клинического или субклинического воспаления, клинически проявляющегося синдромом диареи, так и с модуляцией кишечного микробиома. На этом этапе врачу первичного звена необходимо быть настороженным в отношении активного и раннего

выявления возможного инфицирования с учетом эпидемиологического анамнеза и провести тестирование для выявления РНК вируса.

В период развернутой клинической картины и проведения терапии инфекции COVID-19 синдром диареи ассоциирован также с синдромом повышенной эпителиальной проницаемости, гипоксией, нарушением микроциркуляции и негативным действием лекарственных средств (прежде всего, антибиотиков, НПВП, антиагрегантов и антикоагулянтов), а также возможным вовлечением в патологический процесс печени и поджелудочной железы с нарушением их функциональной активности.

Факторы риска антибиотико-ассоциированной диареи, а также диареи, ассоциированной с *Clostridium difficile*: пожилой возраст, госпитализация, предшествующий прием антибактериальных препаратов, ГКС, иммунодепрессантов, длительный прием кислотосупрессивных препаратов, СД. При лечении пациента в амбулаторных условиях следует провести тестирование для выявления цитотоксинов *Clostridium difficile* в кале и рекомендовать прием обволакивающих средств и пробиотиков. При выявлении цитотоксинов *Clostridium difficile* в кале показана госпитализация. В качестве коррекции синдрома повышенной эпителиальной проницаемости амбулаторным пациентам с наличием диареи может быть рекомендован препарат ребамипид 100 мг 3 раза в сутки.

Наконец, в периоде реабилитации после перенесенной инфекции COVID-19, появление диареи требует прежде всего исключения антибиотик-ассоциированной диареи, в том числе и *Clostridium difficile*-ассоциированной, ишемического колита, а также постинфекционного синдрома раздраженного кишечника. Необходимо также проведение дифференциального диагноза с другими заболеваниями, ведущим клиническим проявлением которых является синдром диареи. Согласно данным эпидемиологических исследований у лиц молодого возраста после перенесенной инфекции увеличивается вероятность формирования синдрома раздраженного кишечника, что связано с развитием синдрома повышенной эпителиальной проницаемости, изменением состава микробиоты пищеварительного тракта, а также с изменением психологического статуса пациентов с нарастанием тревоги и депрессии.

Синдром цитолиза. Лабораторный синдром цитолиза у лиц, инфицированных COVID-19, встречается до 50% случаев и может ухудшать прогноз для пациента.

Формирование синдрома повышения печеночных трансаминаз связано с несколькими факторами:

- прямое цитопатическое действие вируса SARS-CoV-2 на печень (проникновение вируса в клетку происходит через связывание S-белка вируса

- с рецепторами ACE2, значительное повышение экспрессии которого выявляется в холангиоцитах (59,7% клеток) и гепатоцитах (2,6% клеток);
- иммунное воспаление (цитокиновый «шторм» в рамках системного воспалительного ответа);
- лекарственно-индуцированное поражение печени вследствие применения для лечения инфекции препаратов с потенциальными гепатотоксичными эффектами.
- проявление ранее не диагностированного заболевания печени, либо ухудшение течения хронического заболевания печени.

Как правило, формирование данного лабораторного синдрома совпадает со стадией развернутой клинической картины заболевания и может сохраняться и в периоде реабилитации пациента.

Среди пациентов, страдающих хроническими заболеваниями печени, следует выделять группы риска негативных исходов, связанных с COVID-19:

Группа высокого риска:

- пациенты с аутоиммунным гепатитом, получающие иммуносупрессивную терапию;
- пациенты с декомпенсированным циррозом печени и пациенты с алкогольной болезнью печени;
- пациенты в листе ожидания трансплантации печени с прогрессирующим течением хронических заболеваний печени;
- пациенты после трансплантации печени.

Группа умеренного риска:

- пациенты с компенсированным циррозом печени,
- пациенты с НАЖБП и метаболическими нарушениями (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение).

Привлечение внимания врача первичного звена к возможному развитию синдрома цитолиза в условиях COVID-19 основано на частой встречаемости синдрома и его негативном влиянии на прогноз течения инфекции.

Цитолиз при COVID-19 является мультифакторным состоянием, что делает особенно обоснованным назначение молекул с плеiotропным эффектом для его терапии.

Успешный опыт использования и доказанная эффективность УДХК в лечении гепатитов различного генеза делают эту молекулу особенно актуальной в отношении цитолиза, обусловленного COVID-19. УДХК включена во все клинические

рекомендации по хроническим диффузным заболеваниям печени, что юридически реализовано в инструкциях по медицинскому применению к препаратам этой группы. Регламентированы показания к применению УДХК при всех видах гепатитов, включая вирусные (без уточнения природы вируса), и лекарственных поражениях печени. Это позволяет рассматривать возможность приоритетного использования препаратов УДХК в программе терапии больных с новой коронавирусной инфекцией и сопутствующим поражением печени.

Рекомендуемый режим применения иапф: 13–15 мг/кг/сут 2–3 раза в день. Возможен длительный многомесячный прием до разрешения явлений повреждения печени.

Все пациенты с неосложненным течением заболеваний органов пищеварения и COVID-19 должны вестись амбулаторно.

Гипераммониемия у групп высокого и умеренного риска. Среди групп риска с негативным исходом, связанных с COVID-19, у пациентов с хроническими заболеваниями печени может нарушаться метаболизм аммиака, в результате чего увеличиваются циркулирующие концентрации этого нейротоксичного метаболита, и возникает гипераммониемия. Накопленные провоспалительные медиаторы и аммиак синергетически повреждают гематоэнцефалический барьер, вызывая морфологические и нейрохимические изменения в астроцитах мозга, которые активно участвуют в патофизиологии энцефалопатии, что ухудшает прогнозы пациентов, перенесших COVID-19.

Пациентам в группах риска целесообразна диагностика гипераммониемии и, в случае ее выявления, коррекция препаратами, снижающими концентрацию аммиака (L-орнитин-L-аспартат, лактулоза и другие).

ГЭРБ. Согласно эпидемиологическим данным, в условиях ограничительных мероприятий снижается уровень физической активности, меняется характер и калорийность рациона с увеличением доли в суточном рационе углеводов (хлебобулочных изделий и сладкого), что способствует избыточной массе тела и ожирению – ведущему фактору формирования и прогрессирования ГЭРБ.

Целью диспансеризации пациентов с ГЭРБ (с эзофагитом, с пищеводем Барретта) является стойкое купирование симптомов, заживление повреждений слизистой оболочки, профилактика рецидивов и осложнений заболевания (пищевод Барретта и ассоциированная с ним аденокарцинома).

Все плановые обследования проводятся в соответствии с действующими стандартами оказания помощи больным с ГЭРБ. В условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации визиты пациентов для оценки эффективности

назначенной терапии следует проводить с применением дистанционных средств коммуникации. Проведение планового эндоскопического исследования при неосложненном течении ГЭРБ следует отложить до стойкого улучшения эпидемиологической ситуации и снятия ограничительных мероприятий. При появлении новых симптомов или отсутствии эффекта от терапии рекомендовано проведение плановой эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией (по показаниям). Показаниями к экстренной диагностической ЭГДС являются признаки желудочно-кишечного кровотечения. У пациентов с пищеводом Барретта без дисплазии эпителия эндоскопический контроль с морфологическим мониторингом проводится через год после установленного диагноза и далее ежегодно, при наличии дисплазии – не реже 1 раза в 6 месяцев.

При назначении медикаментозной терапии больным с ГЭРБ у пациентов с COVID-19 необходимо провести анализ рисков межлекарственных взаимодействий используемых антисекреторных препаратов, антацидов, алгинатов и прокинетиков со средствами, применяемыми в терапии COVID-19.

Базисной терапией ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Препараты данной группы используются не только для купирования симптомов и эпителизации эрозивных дефектов слизистой оболочки пищевода, но и для предупреждения развития таких осложнений как язва пищевода, стриктура, стеноз, пищевод Барретта. Предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим минимальными рисками межлекарственных взаимодействий (пантопразол, рабепразол). Длительность терапии при неэрозивной форме – 4 недели, при эрозивной – 8 недель с дальнейшей поддерживающей терапией с использованием ИПП в половинной дозе.

Для достижения основных целей лечения пациентов с ГЭРБ (стойкая и выраженная ремиссия, купирование симптомов у большего процента пациентов, заживление эрозий и язв) необходимо использовать схемы терапии, воздействующие на базисный патогенетический механизм развития рефлюксной болезни – синдром повышенной эпителиальной проницаемости.

Несмотря на статус «золотого стандарта» в лечении ГЭРБ, у 40% пациентов на ИПП сохраняется симптоматика или возникают частые рецидивы заболевания. Решением может служить лечение по принципу базисной патогенетической терапии, с включением в схему ребамипида. Как было показано в ряде исследований, комбинация ИПП с ребамипидом значительно увеличивала эффективность в устранения симптомов ГЭРБ и значительно продлевала период ремиссии.

В качестве вспомогательных средств, сопровождающих терапию ИПП, могут быть назначены антациды, алгинаты, эзофагопротектор, прокинетики в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями по ведению пациентов с ГЭРБ. Вместе с тем необходимо учитывать потенциальный риск взаимодействия антацидов с азитромицином, хлорохином и гидроксихлорохином. Постоянно обновляющийся перечень межлекарственных взаимодействий представлен на электронном ресурсе Ливерпульской группы по лекарственному взаимодействию (The Liverpool Drug Interaction Group) (<https://www.covid19-druginteractions.org/>). В отношении эзофагопротектора и алгината случаев неблагоприятного лекарственного взаимодействия не зафиксировано.

Диагностику и эрадикацию инфекции *H. pylori* у пациентов с ГЭРБ, длительно получающих ИПП, целесообразно отложить на постпандемический период, т.к. прием антибиотиков может существенно изменить иммунную резистентность организма и способствовать формированию множественной антибиотикорезистентности бактериальной флоры.

Язвенная болезнь. Целью диспансеризации пациентов с язвенной болезнью является стойкое купирование симптомов, рубцевание язвенных дефектов гастродуоденальной зоны, профилактика рецидивов и осложнений заболевания.

Плановые осмотры пациентов, страдающих язвенной болезнью, в условиях пандемии COVID-19 (1 раз в 6 месяцев, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» следует проводить с применением дистанционных технологий»).

Плановое эндоскопическое исследование целесообразно отложить до снятия ограничений и улучшения эпидемиологических показаний. Вместе с тем, проведение эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта необходимо при наличии стойкого болевого синдрома, а также признаков желудочно-кишечного кровотечения (неотложная помощь).

В рамках диспансерного наблюдения следует выяснить наличие клинических симптомов заболевания, оценить статус в отношении *H. pylori*, а также прием потенциально ульцерогенных средств. При наличии инфекции *H. pylori* эрадикационную терапию целесообразно отложить по эпидемиологическим показаниям. При неосложненном течении заболевания при доказанном отсутствии *H. pylori* в период обострения необходимо назначить ИПП в терапевтической дозе (пантопразол 40-80 мг/сут, рабепразол 20-40 мг/сут) на период от 4 до 12 недель в

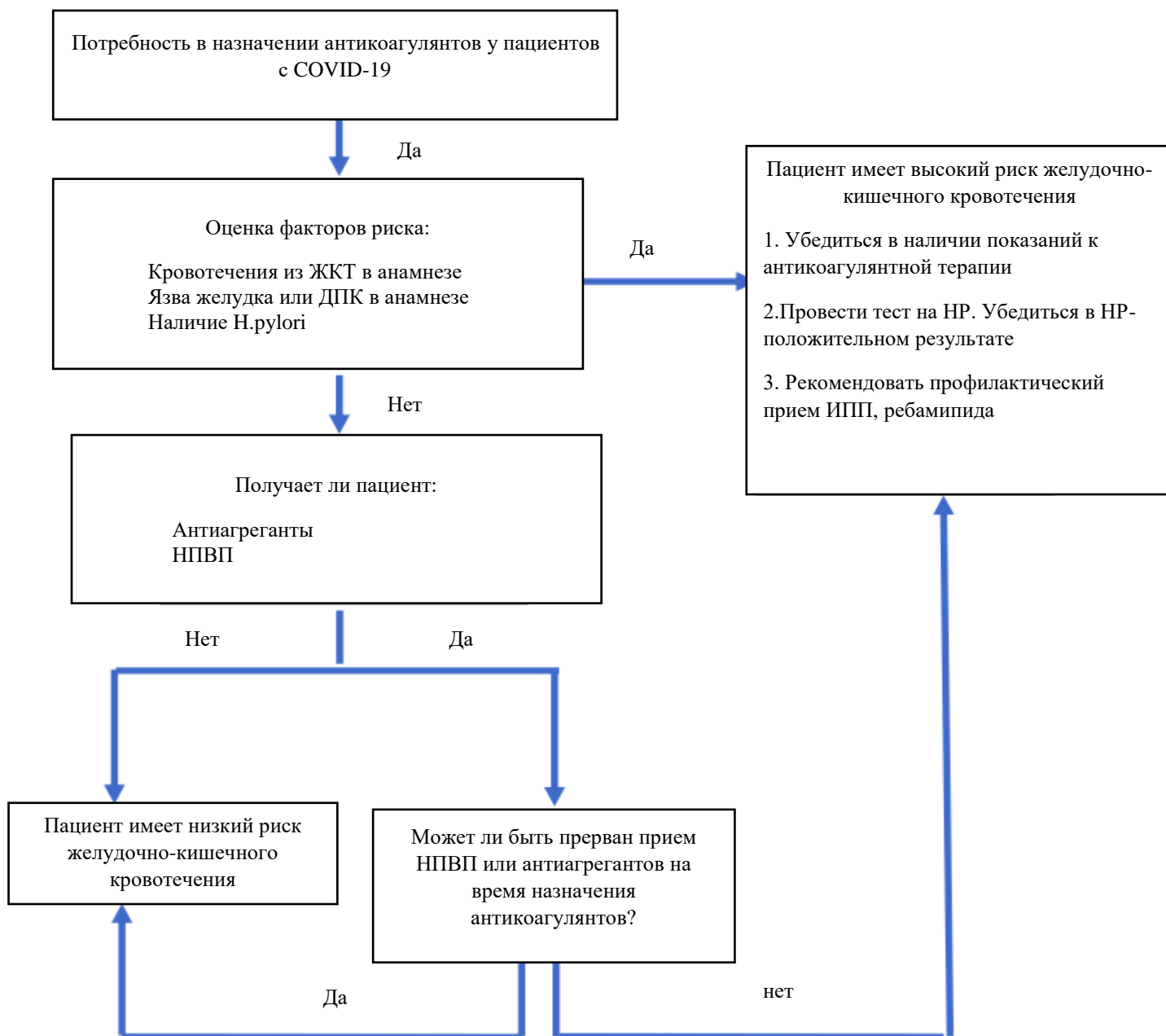
зависимости от локализации и размеров язвенного дефекта и цитопротектор (препараты висмута 480 мг/сут, ребамипид 300 мг/сут) на 4-6 недель .

При инфицировании COVID-19 и необходимости приема НПВП, антиагрегантов, антикоагулянтов все пациенты, страдающие язвенной болезнью вне зависимости от стадии заболевания, должны получать цитопротектор с высоким профилем безопасности и низким уровнем межлекарственных взаимодействий, эффективный на всём протяжении ЖКТ, для профилактики рецидива и кровотечений из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта. При доказанном отсутствии риска кровотечений из нижних отделов ЖКТ, а также скрытых кровотечений, для профилактики рецидива и кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта с назначением препаратов, имеющих самое низкое сродство к системе цитохрома P450 (пантопразол 40 мг/сут., рабепразол 20 мг/сут.). Среди всех НПВП наименьший риск развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ (желудочно-кишечных кровотечений, язв, диспепсии, в том числе у больных с факторами риска показан для целекоксиба. Если пациенты принимают пероральные антикоагулянты, предпочтительнее назначение целекоксиба, так как комбинация антикоагулянтов с неселективными НПВП ассоциируется с высоким риском желудочно-кишечных кровотечений.

Наиболее полный перечень межлекарственных взаимодействий представлен на сайте The Liverpool Drug Interaction Group (based at the University of Liverpool, UK) <https://www.covid19-druginteractions.org/>.

Предлагаемый алгоритм оценки риска гастроинтестинального кровотечения у пациентов с COVID-19, принимающих антикоагулянты, представлен на рис. 1.

Рисунок 1. Алгоритм оценки риска гастроинтестинального кровотечения у пациентов с COVID-19, принимающих антикоагулянты.



Хронический атрофический гастрит. Целью диспансеризации больных с хроническим атрофическим гастритом в условиях пандемии COVID-19 является профилактика прогрессирования морфологических изменений слизистой оболочки и проведение мероприятий по превенции рака желудка.

Частота наблюдения, а также проведение планового эндоскопического исследования зависит от выраженности морфологических изменений в слизистой

оболочке желудка и регламентируется действующими стандартами оказания медицинской помощи больным с хроническим гастритом. Консультация врача проводится с периодичностью 2 раза в год, в условиях пандемии с применением дистанционных технологий. Общий анализ крови для своевременного выявления анемии и оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий проводится ежегодно. Пациенты с атрофическим гастритом без дисплазии в зависимости от стадии заболевания нуждаются в проведении эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта с применением дополнительных методов визуализации (хромозендоскопия, NBI) и морфологическим мониторингом с забором гастробиоптатов по протоколу с периодичностью один раз в 1-3 года, с дисплазией – 6 мес.

Основными этиологическими факторами хронического атрофического гастрита являются инфекция *H. pylori* и аутоиммунное воспаление, развивающиеся на фоне синдрома повышенной эпителиальной проницаемости.

Пациентам рекомендуется снизить употребление соли, избыток которой способствует прогрессированию структурных изменений слизистой оболочки и обогатить рацион свежими овощами и фруктами, содержащими аскорбиновую кислоту и антиоксиданты.

При персистенции *H. pylori* у пациента хроническим атрофическим гастритом эрадикационную терапию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у взрослых, необходимо проводить в плановом порядке. Для торможения прогрессирования структурных изменений слизистой оболочки желудка целесообразно назначение цитопротектора (препараты висмута 480 мг/сут, ребамипид 300 мг/сут) на 4-8 недель.

Согласно последним европейским рекомендациям по ведению пациентов с предраковыми изменениями слизистой оболочки желудка MAPSII, у таких пациентов целесообразно назначение цитопротектора ребамипид 300 мг/сут) на 4-8 недель. Авторы рекомендаций отдельно отметили, что в ряде исследований ребамипид показал способность вызывать обратный регресс атрофии, дисплазии, и метаплазии СО желудка. Цитопротекторы обладают антагонистическим действием в отношении *H. pylori*, способствуют нейтрализации активных форм кислорода и повреждения ДНК клеток железистого эпителия, улучшению микроциркуляции и слизиобразования, нормализации клеточного обновления слизистой оболочки желудка, тем самым снижая прогрессирование структурных изменений при атрофическом гастрите.

Пациентам в аутоиммунном гастрите, помимо применения цитопротекторов, необходимо проведение профилактических курсов терапии цианокобаламином для

профилактики гематологических (В12-дефицитная анемия) и неврологических (фуникулярный миелоз) проявлений заболевания.

К дополнительным факторам повреждения слизистой оболочки желудка в условиях COVID-19 относятся цитопатическое действие вируса за счет экспрессии рецепторов АПФ2 на поверхности железистого эпителия, системное воспаление, нарушение микроциркуляции, а также агрессивная многокомпонентная терапия с включением НПВП, антикоагулянтов и глюкокортикостероидов. В этой связи целесообразно назначение на период лечения инфекции назначение как цитопротектора, так и ИПП с минимальными рисками лекарственных взаимодействий (пантопразол 40 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут). При назначении ИПП следует учитывать их способность ухудшать морфологическое состояние слизистой оболочки желудка.

Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью. Вирусные инфекции, в том числе COVID-19, могут выступать в качестве фактора, провоцирующего развитие обострения хронического панкреатита. Сообщается, что распространенность инфекции COVID-19 среди пациентов с хроническим панкреатитом в анамнезе составляет 7,8% и этот показатель достоверно выше, чем в популяции. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, с формированием синдрома мальабсорбции и трофологической недостаточностью, прежде всего дефицитом белка и жирорастворимого витамина Д, может способствовать увеличению риска инфекций, в том числе COVID-19. Экзокринная недостаточность ПЖ проявляется при дефиците панкреатической липазы и проявляется симптомами мальдигестии жира и кишечными расстройствами (диарея, стеаторея, полифекалия), и рядом клинических маркеров мальнутриции: снижением массы тела, слабой репарацией, признаками дефицита витаминов, остеопорозом и остеопороз-ассоциированными переломами костей, электролитными нарушениями.

Диспансерное наблюдение за пациентами с ХП в условиях пандемии COVID-19 должно включать профилактику, своевременную диагностику и лечение обострений, коррекцию экзо- и эндокринной недостаточности.

Пациенты с ХП требуют индивидуализированного подхода к ведению в зависимости от этиологии (токсико-метаболический, билиарнозависимый, аутоиммунный, лекарственный и др.), степени тяжести, наличия осложнений. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», периодичность наблюдения пациентов с хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью – 2 раза в год. Посещение медицинских

организации целесообразно минимизировать до снятия ограничительных мероприятий. Оценку жалоб пациента, мониторинг клинической эффективности и приверженности пациентов назначенной терапии целесообразно осуществлять с применением дистанционных технологий. Перечень лабораторных исследований включает определение амилазы и глюкозы в сыворотке крови, амилазы в моче. Из инструментальных методов в качестве скринингового рекомендовано проведение УЗИ органов брюшной полости. Онкомаркер СА19-9 для исключения рака поджелудочной железы определяется лицам с длительностью заболевания более 10 лет ежегодно. Важным с точки зрения определения прогноза является оценка трофологического статуса – показатели индекса массы тела, гемоглобина, общего белка, альбумина, абсолютного количества лимфоцитов. В отношении снижения рисков заражения и неблагоприятного течения COVID-19 важным является своевременное выявление и коррекция дефицита витамина Д.

Пациентам с ХП в период пандемии следует придерживаться традиционных рекомендаций - отказ от курения и употребления алкоголя, диетотерапия с достаточным содержанием белка в рационе и ограничением употребления животных жиров и простых углеводов. Необходимо придерживаться полноценного рациона для профилактики трофологической недостаточности и дефицита микронутриентов. Основные принципы лечения экзокринной НПЖ не связаны с ее этиологией и не отличаются в большинстве консенсусов. Панкреатин для лечения внешнесекреторной панкреатической недостаточности должен содержать достаточное количество единиц липазы в стартовой дозе 25000-40000 единиц на основной прием пищи и 10000-25000 единиц липазы на промежуточный. В случае недостаточной эффективности заместительной терапии дозу панкреатина необходимо удвоить или утроить и/или должны быть назначены ингибиторы протонной помпы. Заместительная ферментная терапия при внешнесекреторной недостаточности проводится пожизненно в минимально достаточных дозах.

4. Особенности диспансерного наблюдения пациентов, перенесших COVID-19

4.1. Общие вопросы

Выписка из стационара может не означать, что пациент полностью выздоровел. Исходя из данных литературы, 45-50% пациентам с COVID-19, получавшим лечение в стационаре не требуется дополнительного лечения после выписки. 40-45% пациентов будут нуждаться в какой-либо медицинской и/или социальной помощи и 5-10% пациентов потребуются длительная интенсивная реабилитация. Две трети пациентов будут нуждаться в психологической помощи и поддержке.

После SARS-CoV от 20% до 60% пациентов, по разным данным, имели стойкие изменения на КТ через 12 месяцев после выписки. Несмотря на отсутствие у части из них функциональных нарушений дыхания, у всех отмечалась снижение толерантности к физической нагрузке. Можно предполагать, что сочетание физических вмешательств, таких как физиотерапия, дыхательной гимнастики, правильного питания, когнитивно-поведенческой терапии и применение антидепрессантов может принести пользу.

В настоящее время недостаточно данных об отдаленных последствиях COVID-19 и, возможно, сопутствующие хронические заболевания будут требовать особой тактики наблюдения и лечения.

При выписке пациенту необходимо объяснить важность выполнения всех рекомендаций, поскольку это уменьшит риск новой госпитализации.

Курящие подвержены более высокому риску развития тяжелых форм COVID-19 и летального исхода. Курение усугубляет тяжесть заболевания и увеличивает риск смертности у госпитализированных пациентов с COVID-19. Человек, подвергающийся вторичному воздействию табачного дыма, может быть уязвим к заражению COVID-19 в равной степени с курящим.

Таким образом лечение никотиновой зависимости – одна из основных задач при ведении пациента COVID-19.

Лечение проводится с учетом степени ее выраженности и включает когнитивно-поведенческую терапию и фармакологическую терапию, которые могут проводиться как отдельно, так и в комбинации. Лечение является эффективным, если оно обеспечивает период воздержания от потребления табачных продуктов в течение не менее 6 месяцев. В целях фармакологической терапии предпочтительно применение частичных агонистов никотиновых рецепторов, которые являются препаратами, не содержащими никотин.

Кроме свойств частичного агониста, они обладают свойством блокаторов никотиновых рецепторов. Варениклин является фармакологическим препаратом из данной группы с доказанной эффективностью и высоким профилем безопасности, включая пациентов с ССЗ и ХОБЛ. Согласно данным рекомендаций европейских и российских медицинских сообществ, варениклин может применяться как медикаментозное средство для отказа от курения с уровнем доказательности IA. Варениклин включен в клинические рекомендации и методические указания по отказу от курения, разработанные в РФ различными профессиональными медицинскими обществами и организациями.

Схема назначения варениклина для пациентов с различной степенью тяжести никотиновой зависимости и мотивации к отказу от потребления табака является стандартной. Период лечения составляет 12 недель: 1-3 день – по 0,5 мг 1 раз в день; 4-7 день – по 0,5 мг 2 раза в день; с 8 дня до конца лечения – по 1 мг 2 раза в день. Для лиц с низкой мотивацией к отказу от потребления табачных продуктов дата отказа от табака может не быть заранее установленной, а определиться в процессе лечения при повышении мотивации пациента: пациент может отказываться от курения в период с 7 по 35 день лечения варениклином. Пациентам, которые успешно прекратили потребление табачных продуктов на 5-8 неделе, рекомендуется дополнительный курс лечения препаратом в дозе 1 мг 2 раза в сутки в течение 8 недель. При успешном прекращении курения к концу 12-й недели рекомендуется дополнительный курс лечения препаратом в дозе 1 мг 2 раза/сут в течение 12 недель.

4.2. Критерии выписки пациента с COVID-19 из стационара

В соответствии с «Временными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции» решение о выписке пациента из стационара может быть принято **до получения** результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 при достижении следующих критериев:

- стойкое улучшение клинической картины;
- исчезновение лихорадки (температура тела менее 37,5°C);
- отсутствие признаков нарастания дыхательной недостаточности при сатурации на воздухе $\geq 95\%$;
- уменьшение уровня СРБ до уровня $< 10 \text{ vu/l}$;
- уровень лейкоцитов выше $3,0 \times 10^9/\text{л}$.

4.3. Транспортировка больных коронавирусной инфекцией из стационара

Транспортировка больных коронавирусной инфекцией из стационара при наличии отрицательного анализа на коронавирус SARS-CoV-2 осуществляется любым доступным транспортом.

При выписке пациента до получения отрицательного результата лабораторного исследования его транспортировка осуществляется санитарным транспортом при условии использования водителем средств индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы).

Пациенту необходимо соблюдать режим самоизоляции до получения отрицательного результата исследования биологического материала на наличие РНК SARS-CoV-2. В случае отсутствия у пациента условий для самоизоляции, рассматривается вопрос о выписке пациента в медицинский обсерватор или другие медицинские организации, обеспечивающие условия изоляции на необходимый срок.

При выписке пациента из стационара необходимо передать информацию о его выписке в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту прикрепления пациента.

4.4. Экспертиза временной нетрудоспособности при COVID-19

В соответствии с 323 ФЗ, статья 59 экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу. Т.о, необходимость и сроки временной нетрудоспособности определяются с учетом медицинских и социальных критериев трудоспособности. Медицинские критерии включают в себя наличие у пациента клинических проявлений заболевания, включающих симптомы (кашель, одышку, повышение температуры, слабость, утомляемость, низкая толерантность к физической нагрузке и др.), его осложнений (наличие признаков дыхательной недостаточности, обструктивного синдрома и др), клинический прогноз. Кроме того, выписка пациента к труду после перенесенной новой коронавирусной инфекции возможна при получении двух отрицательных анализов с разницей в 1 день.

Социальные критерии определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда - отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику

преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), организацию, периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Так, при сохранении небольшой слабости и сниженной толерантности к физической нагрузке при работе в оптимальных и допустимых условиях труда (1-2 класс в соответствии с классификацией условий труда по классам в соответствии с «Руководством по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда Р 2.2.2006-05» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации) – пациент может выполнять работу, не связанную с физическими нагрузками.

Если условия труда и/или трудового процесса превышают гигиенические нормативы (3 класс условий труда), и/или периодичность работы требует значительного физического и эмоционального напряжения (ночные смены, работы в условиях эмоциональных перегрузок) и/или в неблагоприятных микроклиматических условиях (повышенная влажность, повышенная или пониженная температура в помещении и др.) – пациент может приступать к труду после полного восстановления работоспособности. В связи с этим, сроки временной нетрудоспособности зависят от тяжести заболевания, его осложнений, а также условий труда пациента.

Средние сроки временной нетрудоспособности при пневмонии определяются стандартами оказания медицинской помощи. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 г. №741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи, при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями», в частности, сроки временной нетрудоспособности составляют 20 дней. Однако в настоящее время нет данных о сроках восстановления трудоспособности при пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, в связи с этим решение этого вопроса зависит от комплексной оценки медицинских и социальных критериев утраты трудоспособности, и при превышении средних сроков, регламентированных стандартами оказания медицинской помощи, должно быть обосновано, с указанием причин, решением врачебной комиссии медицинской организации.

Учитывая тяжелое течение пневмоний у части пациентов, длительное лечение в условиях отделения реанимации с проведением искусственной вентиляцией легких в некоторых случаях может не произойти полного восстановления трудоспособности. В этих случаях при выявлении признаков стойкой утраты трудоспособности после

проведения всех лечебных и реабилитационных мероприятий показано направление на медико-социальную экспертизу.

При выписке из стационара сроки, кратность медицинского наблюдения и объем проводимых обследований зависят от восстановления трудоспособности, тяжести течения заболевания, наличия и тяжести осложнений, развития осложнений после выписки из стационара. Рентгенография и/или КТ выполняются в амбулаторных условиях через 1-2 месяца после выписки из стационара или при необходимости.

4.5. Медицинская помощь на амбулаторном этапе

Медицинская помощь на амбулаторном этапе: медицинское наблюдение, в том числе дистанционное; проведение при необходимости рентгенологического исследования и/или КТ органов грудной клетки; проведение в установленные сроки молекулярно-биологических исследований на наличие РНК коронавируса SARS-CoV-2; пациенту после выписки необходимо соблюдать режим самоизоляции до получения двух отрицательных исследований на наличие РНК SARS-CoV-2 (в том числе взятых при госпитализации).

Необходим телефонный контакт с пациентом сразу же после получения информации о его выписке для уточнения следующей информации:

1. Восстановлена ли трудоспособность (больничный лист открыт или закрыт).
2. Состояние пациента – общее самочувствие, наличия кашля, одышки, повышения температуры тела, толерантности к физической нагрузке.

В соответствии с полученной информацией разрабатывается дальнейшая тактика в отношении пациента. При сохранении признаков нетрудоспособности решается вопрос о продлении листка нетрудоспособности. Необходимо максимально ограничить очные консультации и посещения пациента поликлиники, организовав дистанционный мониторинг по телефону. При выявлении признаков ухудшения состояния – осмотр пациента, и определении дальнейшей тактики.

При восстановлении трудоспособности и наличии двух отрицательных результатов пациент выписывается к труду.

Объем и кратность диспансерного наблюдения зависят от степени тяжести перенесенной пневмонии.

Необходимо информировать пациентов о том, что если у них развиваются прогрессирующие или новые респираторные симптомы до даты планового осмотра, им следует обратиться за медицинской помощью либо к врачу-терапевту, либо вызвать скорую помощь.

Комплексная оценка после перенесенного COVID-19 должна включать:

1. Оценка наличия и выраженности одышки, оценка потребности в терапии, в т.ч. в кислородотерапии.
2. Оценка и коррекция вентиляционной функции легких и дыхательной недостаточности.
3. Симптоматическое лечение или паллиативная помощь, когда это необходимо.
4. Рассмотрение необходимости в реабилитации.
5. Оценка психосоциального статуса и последующее решение вопросов в случае необходимости. В некоторых странах рассматривается возможность размещения одиноких пациентов, пациентов с проблемами с жилищными условиями и выписанных из стационара, в контролируемых учреждениях интернатного типа.
6. Оценка наличия тревоги/депрессии и коррекция.
7. Оценки риска тромбоэмболии легочной артерии.

4.6. Клинические ситуации при пневмонии COVID-19, требующие особого внимания

- Легочный фиброз, васкулит и легочная гипертензия – наиболее серьезные и потенциально ограничивающие жизнь пациента;
- ранее не диагностированные, но существовавшие респираторные заболевания;
- респираторные заболевания, существовавшие до COVID-19 и осложнившиеся или нет перенесенной COVID-19 пневмонией.

4.7. Респираторная реабилитация

Согласно Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis (Италия) все пациенты нуждаются в респираторной реабилитации, которая определяется как «междисциплинарное вмешательство, основанное на персонализированной оценке состояния пациента и которое включает, но не ограничивается, физическими тренировками, обучением и последующем изменении поведения для улучшения физического и психологического состояния людей с респираторными заболеваниями.

Британское торакальное общество (BTS) 04.05.2020 г. обновило рекомендации по наблюдению за пациентами с клинико-рентгенологическим диагнозом пневмонии COVID-19 (лабораторные исследования в данных рекомендациях не рассматриваются). Предлагается там, где это возможно, применять дистанционные технологии с целью снижения ожидаемой нагрузки на службы системы здравоохранения после вспышки COVID-19. Отсутствие надежной доказательной базы означает, что в консультации со своим пациентом врач может и должен, когда это

необходимо, использовать персонифицированный подход к пациенту, даже если это будет отклонением от рекомендаций. Эксперты считают, что процесс восстановления после COVID-19, вероятно, будет у разных групп пациентов неоднородным, а иногда непредсказуемым.

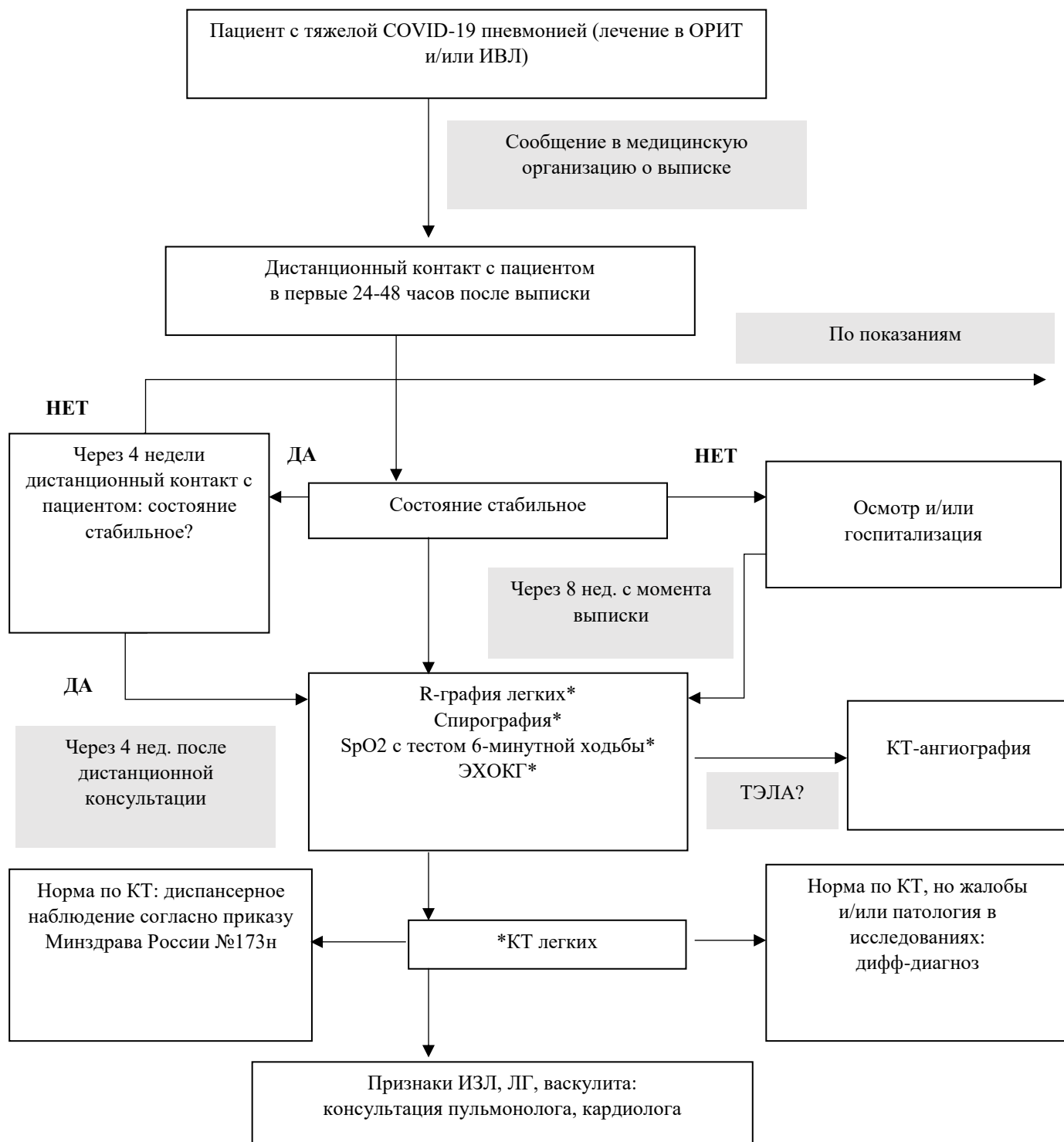
Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию мероприятия по легочной реабилитации должны проводиться пациентом самостоятельно. В этом случае рекомендации, составление плана легочной реабилитации, мониторинг ее проведения и эффективности осуществляется лечащим врачом, который наблюдает пациента. Если есть возможность привлечь к работе врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта – такого рода дистанционные консультации (при возможности и необходимости – очные) должны быть организованы. В этом случае врач-терапевт участковый / врач общей практики осуществляет контроль над выполнением мероприятий по реабилитации. Это могут быть прогулки (при отсутствии противопоказаний, в т.ч. касающихся положительного анализа на COVID-19) в заданном темпе на заданные расстояния, с оценкой динамики толерантности к физической нагрузке, физические упражнения дома, дыхательная гимнастика и др.

Если на момент выписки реабилитационные мероприятия проводить невозможно – в дальнейшем необходимо провести повторную оценку возможности их назначения.

4.8. Алгоритмы диспансерного наблюдения при пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

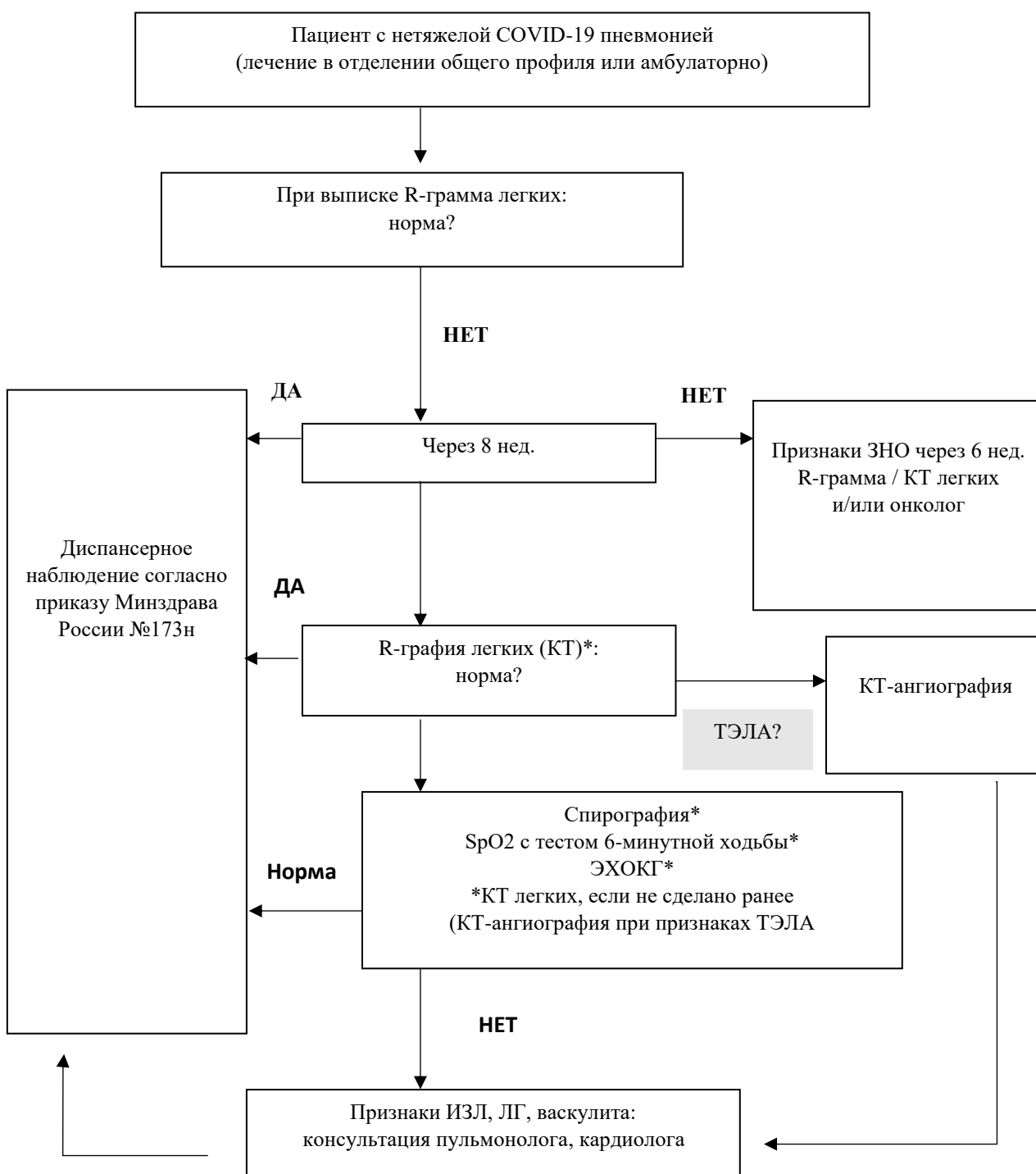
Рекомендуются два алгоритма диспансерного наблюдения в зависимости от тяжести перенесенной COVID-19 и наличия осложнений (рис. 2 и рис. 3).

Рисунок 2. Алгоритм диспансерного наблюдения пациента с тяжелой COVID-19 пневмонией (адаптировано из British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. <https://brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/>)



Сокращения: ИЗЛ – интерстициальные заболевания легких; ЛГ – легочная гипертензия; ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; ЭхоКГ – эхокардиография.

Рисунок 3. Алгоритм диспансерного наблюдения пациента с нетяжелой COVID-19 пневмонией (в т.ч. получавших лечение амбулаторно) (адаптировано British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. <https://brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/>)



Сокращения: ИЗЛ – интерстициальные заболевания легких; ЛГ – легочная гипертензия; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; ЭхоКГ – эхокардиография.

4.8.1. Пациенты, которые в стационаре нуждались в реанимации или интенсивной терапии в связи с тяжелой пневмонией

Это пациенты, которым длительно проводилась искусственная вентиляция легких и при выписке имеются признаки и симптомы значительных функциональных/органических нарушений. Пациентам этой группы рекомендовано дистанционное наблюдение (в тех случаях когда это возможно). Если пациент выписывается в удовлетворительном состоянии, то через 4 недели рекомендуется дистанционное консультирование (общая оценка состояния, выявление симптомов подозрительных на тромбоэмболию, депрессию) (рис. 1). При выявлении симптомов и признаков жизнеугрожающих состояний пациент направляется в приемное отделение дежурной больницы.

Посещение врача рекомендуется через 8 недель после выписки. Рекомендуется проведение:

- рентгенографии органов грудной клетки*;
- спирографии*;
- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое и при нагрузке (возможно проведение теста с 6-минутной ходьбой с определением сатурации до и после теста)*;
- эхокардиографии (ЭхоКГ);
- других методов исследования по мере необходимости;
- * – при выявлении патологии – проведение КТ легких.

Дальнейшая тактика диспансерного наблюдения определяется наличием или отсутствием изменений по результатам осмотра и/или обследования:

- при отсутствии жалоб и патологических изменений по результатам исследований дальнейшее диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России №173н с определением сатурации и проведением рентгенографии легких;
- при выявлении на КТ легких патологических изменений (признаков интерстициальных болезни легких, васкулита) рекомендуется направление к специалисту (пульмонологу);

- при отсутствии патологических изменений на КТ легких, но наличии у пациента жалоб или изменений в результатах других исследований, рекомендуется провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями/состояниями.

4.8.2. Пациенты с перенесенной пневмонией COVID-19 легкой или среднетяжелой степени тяжести и не нуждались в лечении в ОРИТ (в том числе пациенты, которые проходили лечение амбулаторно)

- 1. Пациенты, у которых при выписке из стационара патологических изменений на КТ и рентгенографии легких не определяется, наблюдаются в соответствии с Приказом Минздрава России №173н с определением сатурации и проведением рентгенографии легких (рисунок 2).**
- 2. В том случае, если в процессе стационарного лечения выявлено подозрение на злокачественный процесс в легких,** рекомендуется провести повторную рентгенографию органов грудной клетки через 6 недель после выписки, при необходимости направить пациента на КТ легких и проконсультировать с онкологом.
- 3. Если при выписке из стационара у пациента сохранялись изменения на рентгенограмме или КТ легких,** рекомендуется визуализирующее исследование (рентгенография легких, КТ) **через 8 недель** после последнего КТ легких и/или рентгенографии органов грудной клетки. Рекомендуется организация дистанционного направления пациента на исследование.
 - 3.1. Если патологии не выявлено,** пациенту даются рекомендации при появлении симптомов болезни обратиться к врачу. Диспансерное наблюдение пациента, перенесшего пневмонию, осуществляется в течении года в соответствии с приказом Минздрава России №173н с определением сатурации и проведением рентгенографии легких.
 - 3.2. Если патологические изменения** выявлены на рентгенограмме легких:
 - проведение спирометрии (запись и последующее клиническое консультирование специалистом может быть выполнено дистанционно)*;
 - измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое и при нагрузке (возможно проведение теста с 6-минутной ходьбой с определением сатурации до и после теста)*;
 - ЭхоКГ*;
 - при подозрении на ТЭЛА рекомендуется сразу выполнить КТ-ангиографию легочных артерий;

- при подозрении на интерстициальные болезни легких – КТ высокого разрешения;
- * – при выявлении патологии провести КТ легких, если до этого была проведена рентгенография легких.

В том случае, если на КТ легких выявлены патологические изменения (признаки интерстициальных заболеваний легких, легочных васкулитов, легочной гипертензии) рекомендуется направление к специалисту (пульмонологу, кардиологу).

Если патологические изменения не выявлены, но у пациента имеются жалобы или изменения в результатах других исследований, рекомендуется провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями/состояниями.

Проведение общего анализа крови с подсчетом лейкоцитарной формулы целесообразно проводить одновременно с визуализирующими исследованиями легких. Биохимические анализы крови мониторируют при их предшествующих изменениях в зависимости от клинического состояния пациента.

5. Заключение

Организация и клинические аспекты проведения диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ в условиях пандемии COVID-19 в первую очередь требуют организации дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий. Необходимо обратить внимание на возможные межлекарственные взаимодействия в случае развития у пациента COVID-19. Наблюдение пациентов, перенесших COVID-19 по-прежнему не имеет большой доказательной базы для разного вида вмешательств и проводится исходя из клинической характеристики и тяжести инфекционного процесса. Опыт дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с использованием персональных медицинских изделий и телемедицинских технологий целесообразно далее тиражировать и предусмотреть соответствующие мероприятия в региональных программах модернизации первичного звена здравоохранения.

6. Список литературы

1. Antithrombotic Therapy in Patients With COVID-19 Last Updated: February 11, 2021 <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/antithrombotic-therapy/>
2. Barbar S., Noventa F., Rossetto V. et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost* 2010; 8: 2450-2457. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x
3. British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia
4. Connors JM, Brooks MM, Sciruba FC, Krishnan JA, Bledsoe JR, Kindzelski A, Baucom AL, Kirwan BA, Eng H, Martin D, Zaharris E, Everett B, Castro L, Shapiro NL, Lin JY, Hou PC, Pepine CJ, Handberg E, Haight DO, Wilson JW, Majercik S, Fu Z, Zhong Y, Venugopal V, Beach S, Wisniewski S, Ridker PM; ACTIV-4B Investigators. Effect of Antithrombotic Therapy on Clinical Outcomes in Outpatients With Clinically Stable Symptomatic COVID-19: The ACTIV-4B Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021 Nov 2;326(17):1703-1712. doi: 10.1001/jama.2021.17272. PMID: 34633405; PMCID: PMC8506296
5. COVID-19 rapid guideline: community-based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng168>
6. COVID-19 rapid guideline: community-based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) NICE guideline [NG168] Published date: 09 April 2020» <https://www.nice.org.uk/guidance/ng168>
7. COVID-19 rapid guideline: managing suspected or confirmed pneumonia in adults in the community. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng165>
8. COVID-19 rapid guideline: severe asthma. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng166>
9. D. H. Ryan, E. Ravussin, S. Heymsfield. COVID-19 and the Patient with Obesity – The Editors Speak Out. *Obesity Research Journal*. April 01, 2020 <https://doi.org/10.1002/oby.22808>
10. <https://college.acaai.org/acaai-statement-covid-19-and-asthma-allergy-and-immune-deficidity-patients-3-12-20> (по состоянию на 27 марта 2020 г.).
11. <https://www.nice.org.uk/covid-19>
12. <https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management?sectionName=ADVICE%20RELATED%20TO%20COVID->

[19%20PANDEMIC&topicRef=127759&anchor=H1664899454&source=see_link#H1664899454](https://ehrn.org/wp-content/uploads/Preventive-Cancer-Screenings-during-COVID-19-Pandemic.pdf)

13. Epic Health Research Network . Preventive cancer screenings during COVID-19 pandemic. Published 2020. Accessed July 1, 2020. <https://ehrn.org/wp-content/uploads/Preventive-Cancer-Screenings-during-COVID-19-Pandemic.pdf>
14. Hunt B, Retter A, McClintock C. Practical guidance for the prevention of thrombosis and management of coagulopathy and disseminated intravascular coagulation of patients infected with COVID-19. Av. at: <https://thrombosisuk.org/downloads/T&H%20and%20COV-ID.pdf.2020>
15. Interim guidance «Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)», WHO, 19 March 2020
16. J Formos Med Assoc. 2009 May; 108(5): 386–394
17. Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis: the Italian position paper. Italian Thoracic Society (ITS -AIPO), Association for the Rehabilitation of Respiratory Failure (ARIR) and the Italian Respiratory Society (SIP/IRS) <https://ers.app.box.com/s/825awayvkl7hh670yxbmzfvw5medm1d>
18. Lupia T, Scabini S, Mornese Pinna S, et al. 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: A new challenge. J Glob Antimicrob Resist 2020; 21:22
19. Predictors of COVID-19 severity: A literature review. Gallo Marin B, Aghagoli G, Lavine K, Yang L, Siff EJ, Chiang SS, Salazar-Mather TP, Dumenco L, Savaria MC, Aung SN, Flanigan T, Michelow IC. Rev Med Virol. 2021 Jan;31(1):1-10. doi: 10.1002/rmv.2146. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32845042
20. Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis. Patanavanich R, Glantz SA. Nicotine Tob Res. 2020 Aug 24;22(9):1653-1656. doi: 10.1093/ntr/ntaa082.
21. Sokolowska M, Lukasik ZM, Agache I, Akdis CA, Akdis D, Akdis M, Barcik W, Brough HA, Eiwegger T, Eljaszewicz A, Eyerich S, Feleszko W, Gomez-Casado C, Hoffmann-Sommergruber K, Janda J, Jiménez-Saiz R, Jutel M, Knol EF, Kortekaas Krohn I, Kothari A, Makowska J, Moniuszko M, Morita H, O'Mahony L, Nadeau K, Ozdemir C, Pali-Schöll I, Palomares O, Papaleo F, Prunicki M, Schmidt-Weber CB, Sediva A, Schwarze J, Shamji MH, Tramper-Stranders GA, van de Veen W, Untersmayr E. Immunology of COVID-19: Mechanisms, clinical outcome, diagnostics, and perspectives-A report of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). Allergy. 2020 Oct;75(10):2445-2476. doi: 10.1111/all.14462. PMID: 32584441; PMCID: PMC7361752

22. Stefan R Bornstein et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. www.thelancet.com/diabetes-endocrinology Published online April 23, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30152-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30152-2)
23. Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2020; *jth.14810*. [Epub ahead of print]. DOI: 10.1111/jth.14810
24. Thachil J., Tang N., Gando S. et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020; doi: 10.1111/jth.14810
25. The Liverpool Drug Interaction Group. Liverpool COVID-19 Interactions. Detailed recommendations for interactions with experimental COVID-19 therapies. 2020. [Internet] Available at: <https://www.cov-id19-druginteractions.org/>
26. Wilcox, C.S.; Pitt, B. When Off Target Effects Are On Target: The Role Of Spironolactone In Patients With COVID-19. Preprints 2021, 2021050414 (doi: 0.20944/preprints202105.0414.v1)
27. You B, Ravaud A, Canivet A, et al. The official French guidelines to protect patients with cancer against SARS-CoV-2 infection. *Lancet Oncol*. 2020;21(5):619-621. doi:10.1016/S1470-2045(20)30204-7
28. Zhao M, Wang M, Zhang J, Ye J, Xu Y, Wang Z, Ye D, Liu J, Wan J. Advances in the relationship between coronavirus infection and cardiovascular diseases. *Biomed Pharmacother*. 2020 Jul;127:110230. doi: 10.1016/j.biopha.2020.110230. Epub 2020 May 13. PMID: 32428835; PMCID: PMC7218375
29. Арутюнов Г.П., Козиолова Н.А., Тарловская Е.И., Арутюнов А.Г., Григорьева Н.Ю., Джунусбекова Г.А. и др. Согласованная позиция экспертов Евразийской ассоциации терапевтов по некоторым новым механизмам патогенеза COVID-19: фокус на гемостаз, вопросы гемотрансфузии и систему транспорта газов крови. *Кардиология*. 2020;60(5):4–14
30. Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 13 (14.10.2021)
31. Временные практические рекомендации Российского общества клинической онкологии по оказанию онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19. <https://rosoncoweb.ru/standarts/COVID-19/>
32. Глобальная инициатива по астме (GINA). Глобальная стратегия лечения и профилактики астмы. www.ginasthma.org (по состоянию на 27 марта 2020 г.).

33. Карпов Ю.А., Кухарчук В.В., Лякишев А.А., Лупанов В.П., Панченко Е.П., Комаров А.Л., Ежов М.В., Ширяев А.А., Самко А.Н., Соболева Г.Н., Сорокин Е.В. «Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца» (Практические рекомендации). Кардиологический вестник 2015; № 3: 3-33. https://cardioweb.ru/files/Cardiovest/Kardiovest_3_2015.pdf
34. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова 9-й выпуск, 2019
35. Методические рекомендации по организации дистанционного наблюдения больных артериальной гипертензией (г. Москва, 2019 г., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России)
36. Методические рекомендации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека МР 3.1. 0173-20 «Профилактика инфекционных заболеваний. Организация противоэпидемических мероприятий в период пандемии COVID-19»
37. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 мая 2020 года №15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»
38. Приказ Минздрава России от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»
39. Профилактика заноса и распространения COVID-19 в медицинских организациях. Временные методические рекомендации. Версия 2 от 14.05.2020. // Брико Н.И., Зуева Л.П., Любимова А.В., Светличная Ю.С., Брусина Е.Б., Ботвинкин А.Д., Петрухина М.И., Стасенко В.Л., Фельдблюм И.В., Квашнина Д.В., Чанышева Р.Ф., Ковалишена О.В., Суранова Т.Г. – 2020. – 46 с.
40. Рекомендации по использованию и обработке защитной одежды и средств индивидуальной защиты при работе в контакте с больными COVID-19 (подозрительными на заболевание) либо при работе с биологическим и материалом от таких пациентов. Письмо Федеральной службы по надзору в

сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 09.04.2020 №02/6475-2020-32

41. Рекомендации Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) <https://rae-org.ru/rukovodstvo-dlya-lyudey-s-saharnym-diabetom-pri-koronavirusnoy-infekcii-mezhdunarodnyy-opyt>
42. Шестакова М.В., Викулова О.К., Исаков М.А., Дедов И.И. Сахарный диабет и COVID-19: анализ клинических исходов по данным регистра сахарного диабета российской федерации. Проблемы Эндокринологии. 2020;66(1):35-46
43. Шляхто Е. В., Конради А. О., Арутюнов Г. П., Арутюнов А. Г., Баутин А. Е., Бойцов С. А. и др. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19. Российский кардиологический журнал. 2020; 25(3):3801. doi:10.15829/1560-4071-2020-3-3801
44. Шляхто Е.В. и соавт. Методические рекомендации, алгоритмы действия медицинских работников на различных этапах оказания помощи, чек-листы и типовые документы, разработанные на период наличия и угрозы дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции в Санкт-Петербурге. Версия 1 от 17.04.2020 г.
45. Эндокринопатии и COVID-19. Неотложные состояния, их профилактика и лечение. Методические рекомендации НМИЦ эндокринологии, 21.04.2020 <https://www.endocrincentr.ru/obshchaya-informaciya-0>

7. Список использованных сокращений

COVID-19	– инфекция, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2
СРБ	– С-реактивный белок
NT-proBNP	– N-терминальный промозговой натрийуретический пептид
R-графия	– рентгенография
SARS-CoV	– коронавирус, вызвавший вспышку тяжелого острого респираторного синдрома
SARS-CoV-2	– новый коронавирус, вызвавший вспышку инфекции в 2019-2020 гг.
SpO ₂	– уровень насыщения крови кислородом
АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АРНИ	– антагонисты рецепторов неприлизина
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
БА	– бронхиальная астма
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГКС	– глюкокортикостероиды
ГПП-1	– глюкогоноподобный пептид-1
ГХЛХ	– гидроксихлорохин
ДАД	– диастолическое артериальное давление
ЖТ	– желудочковая тахикардия
ЗНО	– злокачественные новообразования
иАПФ	– ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	– искусственная вентиляция легких
ИГКС	– ингаляционные глюкокортикостероиды
ИЗЛ	– интерстициальные заболевания легких

ИМТ	– индекс массы тела
ИФА	– иммуноферментный анализ
КТ	– компьютерная томография
ЛГ	– легочная гипертензия
ЛДГ	– лактатдегидрогеназа
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
МЕ	– международная единица
Минздрав России	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
НГЛТ-2	– натрий-глюкозные котранспортеры типа 2
НМГ	– низкомолекулярный гепарин
ОКС	– острый коронарный синдром
ОРВИ	– острая респираторная вирусная инфекция
ПГГТ	– пероральный глюкозотолерантный тест
ПОАК	– пероральные антикоагулянты
ПСВ	– пиковая скорость выдоха
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
РНК	– рибонуклеиновая кислота
Роспотребнадзор	– Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
САД	– систолическое артериальное давление
СГКС	– системные глюкокортикостероиды
СД	– сахарный диабет
СИЗ	– средства индивидуальной защиты
СКФ	– скорость клубочковой фильтрации
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ТВГ	– тромбоз глубоких вен
ТП	– трепетание предсердий

ТЭЛА	–	тромбоэмболия легочной артерии
УФБИ	–	ультрафиолетовое бактерицидное излучение
ФП	–	фибрилляция предсердий
ХЛХ	–	хлорохин
ХНИЗ	–	хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	–	хроническая обструктивная легочная болезнь
ХС-ЛВП	–	холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС-ЛНП	–	холестерин липопротеидов низкой плотности
ХСН	–	хроническая сердечная недостаточность
ЧДД	–	частота дыхательных движений
ЭКГ	–	электрокардиограмма
ЭхоКГ	–	эхокардиография

8. Состав рабочей группы

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России;

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, кандидат медицинских наук.

Агеев Фаиль Таипович – руководитель научно-диспансерного отдела ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук;

Авдеев Сергей Николаевич – директор клиники пульмонологии и респираторной медицины ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заведующий кафедрой пульмонологии, руководитель клинического отдела ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА, главный внештатный пульмонолог Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН;

Бойцов Сергей Анатольевич – генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов;

Иванова Екатерина Сергеевна – руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике ЦФО, кандидат медицинских наук;

Каприн Андрей Дмитриевич – Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, директор МНИОИ имени П.А. Герцена, главный внештатный онколог Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, академик РАН;

Куняева Татьяна Александровна – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения, главный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия, главный терапевт ПФО, кандидат медицинских наук;

Лавренова Евгения Александровна – врач-эндокринолог, научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России;

Ливзан Мария Анатольевна – ректор ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа Минздрава России;

Маев Игорь Вениаминович – проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, академику РАН, профессор, академик РАН;

Раковская Юлия Сергеевна – младший научный сотрудник лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России;


Самородская Ирина Владимировна - советник директора ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, доктор медицинских наук;

Чесникова Анна Ивановна – профессор кафедры внутренних болезней №1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист терапевт ЮФО;

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективным направлениям медицинской деятельности ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист-терапевт Центрального федерального округа.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:

 Москва, Петроверигский пер.,
д.10, стр. 3

 +7 (495) 790-71-72



www.gnicpm.ru



facebook.com/gnicpm



youtube.com/user/gnicpm



vk.com/gnicpmru



instagram.com/nmicpm